2024 08 02 27,485,357.00

ANALITICA DM SAS

VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS MCTE .....

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI

NIT. 900750333

COMPROBANTE DE EGRESO No. 19,814

Fecha : 02/agosto/2024 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS MCTE ..... **Valor $** 27,485,357.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE GASTOS ADMON
No. 20,849.00 **Fact** ADMS224 **Valor Bruto S**18,968,345.00 **Valor Neto S** 21,309,232.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	3,603,985.00
IVA	RETENCION DEL IVA	540,598.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
899	915	478	515	212020200802	Servicios prestados a las empresas y ser	22,572,330.00

POR CONCEPTO DE SERVICIOS ASISTENCIALES
No. 20,852.00 **Fact** ADMS-224 **Valor Bruto S**5,317,370.00 **Valor Neto S** 6,176,125.00

Codigo	Descripcion	Valor
IV1	IVA 19%	1,010,300.00
IVA	RETENCION DEL IVA	151,545.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 16:47

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 19,814

Fecha : 02/agosto/2024 **Pagado a :** 901190272-9 ANALITICA DM SAS

La Suma de : VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS MCTE ..... **Valor $** 27,485,357.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
898	918	478	515	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	6,327,670.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS
	TASA PRODEP $ 722,500.00

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	27,485,357.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	28,207,857.00	0.00
240722001	PRODEPORTES Y RECREACION 2*5%	0.00	722,500.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN A CONTRATACION CON LA EPS GESTION PROCESO DE FACTURACION CARTERA COSTOS GLOSAS DEVOLUCIONES AUDITOR MEDICO EN EL MES DE MAYO SEGUN CONTRATO 272 DE 2024

Usuario Imprime: TATIANA

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 16:47 Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 14/06/2024 Hora: 15:31

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
GASTOS ADMON	20,849	14/jun./2024	14/jun./2024	ADMS224

Obligación: 915 **Registro:** 478

TERCERO

NIT: 901190272 9 **NOMBRE:** ANALITICA DM SAS
TEL.: 3015141458 **DIRECCION :** DG 17 B 88 77 AP 4 604 001

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* GESTION PROCESO DE FACTURACION* CARTERA* COSTOS* GLOSAS * DEVOLUCIONES** ADITOR MEDICO* DURANTE EL MES DE MAYO DEL 2024* SEGUN CONTRATO 272 2024.	**BRUTO :**	22,572,330.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		540,598.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	22,031,732.00
	CANCELADO :	0.00
VEINTIDOS MILLONES TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MCTE	**N. CREDITO :**	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	22,031,732.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	22,031,732.00
243625001	RETE IVA	0.00	540,598.00
510801001	REMUNERACION POR SERVICIOS TE	22,572,330.00	0.00

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 14/06/2024 Hora: 15:36

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS ASISTENCIALES	20,852	14/jun./2024	14/jun./2024	ADMS-224

Obligación: 918 **Registro:** 478

TERCERO

NIT: 901190272 9 **NOMBRE:** ANALITICA DM SAS
TEL: 3015141458 **DIRECCION :** DG 17 B 88 77 AP 4 604 001

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATACION CON LAS EPS* GESTION PROCESO DE FACTURACION* CARTERA* COSTOS* GLOSAS * DEVOLUCIONES** ADITOR MEDICO* DURANTE EL MES DE MAYO DEL 2024* SEGUN CONTRATO 272 2024.	**BRUTO :**	6,327,670.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
RETENCION DEL IVA		151,545.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	6,176,125.00
SEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	6,176,125.00

IMPUTACION CONTABLE

	CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	6,176,125.00
243625001	RETE IVA	0.00	151,545.00
589723001	SERVICIOS	6,327,670.00	0.00

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	**NOMBRE**		**ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:**
	FORMATO	SUPERVISOR CONTRATO		CONTROL INTERNO
	CÓDIGO	**VERSIÓN**	**FECHA ELABORACION**	**PAGINA**
	EV-ES-F-004	3	20/08/2020	1 DE 1

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO
No 272 -2024

CERTIFICA:

Que **ANALITICA** identificado (a) con NIT No. 901190272-9 cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de prestación de servicios de apoyo Prestar servicios, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES del Contrato de prestación de Servicios **No. 272** de Fecha **8** de **MAYO de 2024** del periodo correspondiente de **MAYO DE 2024** y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	ADMINISTRATIVO	ASISTENCIAL
Valor Contrato inicial	45.144.660	$ 12.655.340,00
No. CDP	515	515
No. RP	478	478
Rubro Presupuestal: Servicios Asistenciales / Administrativo		
Plazo de Ejecución	HASTA EL 07 DE JULIO DE 2.024	HASTA EL 07 DE JULIO DE 2.024
ADICION:		
No.CDP		
No.RP		
Plazo de Ejecución		
Modificación		
Otro Si Modificatorio		
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	$ 45.144.600	12.655.400
Valor Ejecutado		
Valor Factura Actual	$ 22.572.330	6.327.670
Total Ejecutado	$ 22.572.330	6.327.670
Saldo por Ejecutar	$ 22.572.330	6.327.670
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	50%	50%

Se expide en la ciudad de Funza, del mes de JUNIO del año dos mil Veinticuatro (2024).

Supervisor del Contrato

Representante Legal ANALITICA DM SAS

ANALITICA DM SAS	
CARGO	**VALOR**
LIDER DE FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	$ 3.690.205,00
FACTURADOR Y DEVOLUCIONES	$ 1.898.301,00
LIDER DE CARTERA	$ 3.258.750,00
APOYO PROFESIONAL CARTERA	$ 2.531.068,00
LIDER DE GLOSAS	$ 2.024.854,00
AUXILIAR DE GLOSAS	$ 1.898.301,00
PROFESIONAL DE MERCADEO	$ 3.581.700,00
PROFESIONAL DE COSTOS	$ 3.689.151,00
AUDITOR MEDICO	$ 3.163.835,00
GUIAS DE PRACTICA CLINICA	$ 3.163.835,00
TOTAL	**$ 28.900.000,00**

Analítica DM SAS

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: ADMS224
Fecha Emisión: 2024-06-13 19:48:59
Fecha validación: 2024-06-13 19:54:00-05:00

Nº Resolución: 18764071876591 **Prefijo:** ADMS **Consecutivo:** 220 hasta 250 **Fecha:** 2024-05-31 **hasta** 2025-05-31

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: ANALITICA DM SAS **NIT:** 901190272-9 **Actividad Económica:** 7020 **Responsabilidad:** No aplica – Otros - **Dirección:** DG 17 B 88 77 AP 4 604 - BOGOTÁ, D.C. - - Bogotá - CO **Teléfonos:** 3014843146 **Contacto:** ANALITICA DM SAS **E-mail:** analiticadm.gerencia@gmail.com	**Razón social/Nombre:** ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA **NIT:** 900750333-1 **Dirección:** - - - - **Teléfonos:** 0918264000 **E-mail:**

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	F01	1.0	ZZ	Servicio - PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION EN LA CONTRATAACION CON LAS EPS, GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y CUENTAS	24,285,714.0	IVA 19.00	4,614,286.0		28,900,000.0
Total Items		1							

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 19.00%	24,285,714.0	4,614,286.0

Totales	
SUBTOTAL:	24,285,714.0
TOTAL Base Imponible:	24,285,714.0
IVA	4,614,286.0
TOTAL:	28,900,000.0
TOTAL en letras: Veintiocho Millones Novecientos Mil Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.0

Información Adicional

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
PERIODO COBRO MAYO DE 2024
PRESTACION DE SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA GESTION EN LA CONTRATACION DE LAS EPS, GESTION DE PROCESO DE FACTURACION, CARTERA, AUDITORIA MEDICA Y DE CUENTAS, GESTION DE COSTOS, , DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MEERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Contado	Transferencia Débito Interbancario		PAGO MAYO 2024						

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:
	FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-010	4	31/07/2023	1 DE 1

CONTROL DE PAGOS POR COMPRA DE BIENES Y/O PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITAS EN REGIMEN SIMPLIFICADO
(Decreto 522 de marzo de 2003)

CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, Mayo del 2024.	**FACTURA NUMERO**	1
PRESTADOR DEL SERVICIO:	ANALITICA DM SAS	**NIT/ NUMERO DE CEDULA**	901190272-9
DIRECCION RESIDENCIA:	DG 17 B No 88-77	**TELEFONO:**	3014843146
Email:	analiticadm.gerencia@gmail.com	**SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS**	FACTURACIÓN

CONCEPTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al mes de Marzo de 2024, según lo establecido en el contrato 272 de 2024 , cuyo objeto es, Prestar sus servicios de Apoyo a la gestión administrativa como, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES.		$ 28,900,000.00

FIRMA:		**VALOR TOTAL:**	$ 28,900,000.00
		IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
		TOTAL A PAGAR:	$ 28,900,000.00

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE _____ AHORROS ___X_____

DECLARANTE SI _____ NO ___X__

BANCO: BANCOLOMBIA NO. CUENTA 38800015631

Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	**272 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANALITICA DM SAS**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	**901190272-9**
FECHA ACTA DE INICIO	**08 DE MAYO DE 2024**
VALOR DEL CONTRATO	**$ 57.800.000**
PLAZO DE EJECUCION	2 MESES
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 7 DE JULIO DE 2024
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	**$ 57.800.000**
OBJETO CONTRATO	Prestar sus servicios de Apoyo a la gestión administrativa como, PRESTACION DEL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN LA CONTRATACIÓN CON LAS EPS, GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, CARTERA, AUDITORIA MÉDICA Y DE CUENTAS, GESTIÓN DE COSTOS, DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE ELINFORME	MAYO del 2024
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	JUNIO del 2024
NUMERO DE INFORME	1 de 2
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$ 57.800.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$ 28.900.000

ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	Banco BANCOLOMBIA No 38800015631
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO X	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD_____
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	JORGE CASALLAS VELA

1. **TIPO DE INFORME:** Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual _____X_____	Informe Final _____

2. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Analizar la prestación de servicios de salud y sus posibles brechas frente a la venta de servicios, recuperación de cartera y conciliación de glosas, dentro del análisis del cumplimento de las metas de contratación.	Recaudo mes de abril de 2024 **$ 955.134.684** Recaudo Mes de mayo 2024 **$ 1.189.791.424.36** Respuesta a glosas y devoluciones **$1.723.205.240** Respuesta a glosas y devociones, anexo soportes.	50%
2	De igual manera se hace necesario analizar el control de trazabilidad de las facturas y el impacto que se tiene en los procesos de radicación de cuentas médicas y posterior cobro de dichos eventos.	Se implementó la radicación de cuentas médicas en plataformas digitales contando con las herramientas tecnológicas para mitigar el gasto de papel y uso apropiado del recurso tecnológico. Se anexan soportes de radicación.	50%
3	Para complementar el plan de acción y de mejora con base en las evidencias de las auditorias, se hace necesario capacitar al personal de facturación, glosas y c artera en los diferentes frentes de trabajo, ya que en el mercado es escaso el personal con conocimientos idóneos frente a las diferentes tareas que se desarrollan en los procesos financieros.	Se realiza reunión de socialización de plan de acción para los meses de mayo, junio de 2024, articulando con el proceso de radicación digital de glosas , devoluciones y factura mes corriente de forma digital 100%	50%

4	Para optimizar el modelo de operación digital tanto para la venta de servicios como para la radicación de cuentas médicas, se hace necesario apoyar la gestión con procesos de capacitación en el manejo de las plataformas y de validación de los registros individuales por prestación de servicios de salud (RIPS-Res.3374 de 2000).	Se realizan ajustes en el modelo de radicación en conjunto con el personal de facturación e la ESE y auditores, cambios de roles de personal y fortalecimiento de capacidades administrativas, validación e rips y conocimiento de plataformas virtuales. Se realiza manual de tipificación de facturas para agilizar los procesos de auditorías, dicho manual se socializa y entregada a cada facturador y auditor del proceso. Se anexa manual	50%
5	Con el propósito de consolidar y validar la información que se presenta en los comités financieros y en los informes de consumo externo e interno de la entidad, es necesario revisar la calidad con que ese emiten los datos, su consistencia y los soportes de dichas entregas entorno a la facturación, radicación, cartera y conciliación de glosas.	La facturación Global generada por la ESE en el mes de abril de 2024 es de **$ 1.776.128.168** La facturación Global generada por la ESE en el mes de mayo de 2024 corte 30 promedio **$ 1.462.513.513** Se realiza comité financiero con las áreas competentes, se anexa soporte.	50%
6	Frente a la evidencia de la existencia de problemas de fondo en la generación de los archivos planos y RIPS, es necesario validar la información que normalmente se reporta con metas, producción y costos, por lo que se hace necesario analizar y reportar las novedades que puedan resultar de dicho proceso.	Todas fueron reportadas por vía correo a la subgerencia científica en plan de mejora. Se anexa soporte.	50%
7	Seguimiento al contrato de venta de servicios de salud a través de la modalidad de cápita, evento y pago global prospectivo.	Se establece nuevo proceso y enlace entre Analítica DM SAS y La ESE HNSM para controlar la información de contratación y mayor seguimiento a los contratos de ventas de servicio con el cual se proyecta mantener información eficaz, clara , exacta y veraz de los modelos de contratación tanto en contenido como de tarifas , para ello en el mes de Mayo de 2024 se realizan acercamientos con las siguientes administradoras: Eps Familiar de Colombia, Positiva ARL , Nueva EPS , Sanitas Eps , Axa, Fomag . Se anexa soporte	50%

8	Dar cumplimiento a la totalidad de los indicadores de gestión y metas establecidas para el área.	En el periodo de abril se factura $ 1.776.602.601, se anexa soporte de ventas.	50%
9	Participar activa y decididamente en los procesos de contratación con las diferentes entidades responsables de pago.	Se socializa portafolio de servicios con las eps actualizado 2024 y se envia documentación al 100% a las diferente ERP	50%
10	Apoyar la depuración de cartera junto con las entidades responsables de pago.	Se realiza mesa de trabajo con las eps. Salud total, sanitas, famisanar, asmet salud, compensar.	50%
11	Dar trámite a las glosas y devoluciones que sean entregadas oficialmente y que se evidencie que llegaron por medios válidos para poder gestionar.	A le fecha de corte del mes de mayo de 2024 se han dado tramite de respuesta glosa pendiente de un valor aproximado de $987.000.000 Coosalud, Famisanar , Sanitas , Servisalud UT ; Sanidad Militar y Nueva EPS	50%
12	Auditar y revisar posibles novedades en la aplicación de las normas en salud para la correcta facturación de las cuentas médicas.	Se dan indicaciones a todo el equipo de facturación y en especial al equipo de auditores de cuentas medicas	50%
13	Realizar el proceso de auditoría mediante la estimación de una muestra representativa para la facturación amparada en los contratos por cápita, a fin de emitir un informe periódico que permita establecer los planes de mejora a que haya lugar, con el equipo de trabajo de costos.	Se inicia con el inventario total de todas las áreas para implementar el módulo de costos.	50%
14	Evaluar la capacidad instalada, REPS, oportunidad y RIPS, a fin de establecer la ruta de acción y resultado para emitir los planes de mejora a que haya lugar.	Se retroalimenta al área asistencial de todas las novedades evidenciadas frente a los servicios habilitados por REPS	50%

15	Evaluar y determinar la idoneidad de los formatos de historia clínica del sistema de información disponibles para documentar el trabajo realizado por el personal asistencial.	Se retroalimenta al área asistencial sobre todas las novedades evidenciadas frente a los vacíos de documentación de hallazgos y soportes en la historia clínica del sistema de información	50%
16	Analizar y determinar la actualización e implantación de las guías de práctica médicas adoptadas por la institución, con evaluación del personal asistencial que presta los servicios de salud a los pacientes en proceso de atención.	Se realiza la solicitud a la subgerencia científica de las guías de práctica médica para evaluar su adherencia	50%
17	Realizar el proceso de auditoría mediante la estimación de una muestra representativa para la facturación amparada en los contratos y su alcance frente a la revisión y cumplimiento de las guías de atención integral para los diferentes programas de PYD, a fin de emitir un informe periódico que permita establecer los planes de mejora a que haya lugar, con el equipo de trabajo generador de facturas.	Se evidencia que no hay cumplimiento de metas debido a los problemas de diligenciamiento de historia clínica	50%

3. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	ABRIL DE 2024
No. PLANILLA	CERTIFICACION REVISOR FISCAL
APORTE SALUD	0
APORTE PENSION	0
APORTE ARL	0
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	0

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado,

declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

SI ___X__ NO_____

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.

SI ___X__ NO_____

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Nombre: Amanda Corchuelo Navarrete **NIT: 901190272-9** **Representante Legal ANALITICA DM SAS**	JORGE ELIECER CASALLAS VELA **Subgerente Administrativo y Financiero** **Supervisor del contrato**
Supervisor del Contrato	
JORGE ELIECER CASALLAS VELA **Cargo: SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINACIERO**	
Visto Bueno Tesoreria	

DIANA MARCELA TOVAR- CONTADOR PUBLICO ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO IDENTIFICADO CON LA C.C 52.087.357 Y TARJETA PROFESIONAL 143297-T

CERTIFICA

Que de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 50 de la Ley 789 de Diciembre de 2002; en mi calidad de Contador Publico de la entidad denominada **ANALITICA DM SAS con NIT 901.190.272-9** se esta dando cumplimiento a todas las obligaciones de Ley y a la fecha tiene contratado personal por el termino de contrato orden de prestación de servicios - OPS

Que el personal contratado se encuentra **a PAZ Y SALVO de aporte de los últimos seis meses** por los conceptos de Pensión correspondientes a los meses de Abril de 2024 y salud correspondiente al mes de Mayo de 2024 y riesgos laborales como lo estipula la Ley.

- Aportes sistema de seguridad social en Salud
- Aportes sistema de seguridad social en Pensión
- Aportes a Riesgos Laborales

La presente certificación se expide en Bogotá, a los 22 dias del mes de Mayo de 2024.

En Constancia firma

DIANA MARCELA TOVAR PEREZ

Contador Publico, Especialista en Revisoría Fiscal

C.C 52.087.357

T.P 143297-T

Teléfono 3911760 Celular 3103041250

Carrera 77 19 87 torre 1 Ap 605

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

14297-T



DIANA MARCELA
TOVAR PEREZ
C.C. 52087357
RESOLUCION INSCRIPCION 180 FECHA 09/07/2009
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 153751

67147

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

LOGICARD 1793 01 2008


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52087357
NUMERO
TOVAR PEREZ
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-ENE-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5F94C7CB2B1C1E59

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARCELA TOVAR PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52087357 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 143297-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Mayo de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1071629627	KAROL MARIEL SABOGAL MARTINEZ	CALLE 5 0 68	3124310439	karielsabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76549304	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, Btf y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1071629627	KAROL MARIEL SABOGAL MARTINEZ	CALLE 5 0 68	3124310439	karielsabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FÓMEQUE	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	08/05/2024	76549304	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Corresponde	IBC	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1071629627	SABOGAL MARTINEZ KAROL MARIEL	56	0			N										230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003967743		ONTIBON GUZMAN JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av. 4 # 4-12	UNE-CUNDINAMARCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	18527506	9464798745	I	2024/05/14	2024/05/20	BANCO DE OCCIDENTE	6	$430,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: UNE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1003967743	ONTIBON JUAN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS001	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/05/20 09:51 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003967743		ONTIBON GUZMAN JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av. 4 # 4-12	UNE-CUNDINAMARCA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	18527506	9464798745	I	2024/05/14	2024/05/20	BANCO DE OCCIDENTE	6	$430,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$800	$0	$163,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$162,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				1	$428,200	$2,300	$0	$430,500

2024/05/20 09:51 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79907591		MONTOYA MORALES GUILLERMO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N 2-39 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	702735606	9468552972	I	2024/05/23	2024/06/14	NEQUI	22	$15,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$43,334	$7,000			$43,334	$5,500			$43,334	$900			$43,334	$1,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$43,334	$7,000			$43,334	$5,500			$43,334	$900			$43,334	$1,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$43,334	$7,000			$43,334	$5,500			$43,334	$900			$43,334	$1,100		$0	$0
1	CC 79907591	MONTOYA GUILLERMO	231001	1	$43,334	$7,000	EPS008	1	$43,334	$5,500	CCF24	1	$43,334	$900	14-4	1	$43,334	$1,100	1	$0	$0
Total Afiliados(1)					$43,334	$7,000			$43,334	$5,500			$43,334	$900			$43,334	$1,100		$0	$0

2024/06/13 07:16 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79907591		MONTOYA MORALES GUILLERMO FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N 2-39 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	702735606	9468552972	I	2024/05/23	2024/06/14	NEQUI	22	$15,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$200	$0	$7,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$7,000	$200	$0	$7,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$1,100	$100	$0	$1,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$100	$0	$1,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$900	$100	$0	$1,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,500	$100	$0	$5,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$5,500	$100	$0	$5,600
TOTAL				1	$14,500	$500	$0	$15,000

2024/06/13 07:16 PM