

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 30/11/2024
UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE DE 2024

AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL

No. DE CONTRATO: UCLB-0563-2023	Actividades Ejecutadas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1.032.367.364		1	11	2024	30	11	2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Ramirez Sanchez Diana María

OBJETO DEL CONTRATO: Revisor de cuentas médicas

AREA DE SERVICIO: Sociedades Médicas

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	Realizar actividades de revision a los Informes de productividad Presentados por las Sociedades Médicas Asignadas por Auditor Financiero y avalados por Jefe de Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturacion .
2	Verificar actividades registradas en el informe de productividad presentado por las Sociedades Medicas asignadas por Auditor Fiananciero y avalados por Jefe de Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturacion para el mes objeto de revision versus lo facturado por HOMIL para garantizar la calidad tecnica de la facturacion.
3	Una vez realizada la revision de productividad presentada por las Socieadades Medicas asignadas por Auditor Financiero y avalados por Jefe de la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturacion, realizar el informe para revision del Auditor Financiero y aval de la Jefe de Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturacion.
4	Remitir Informe de productividad de Sociedades Medicas asignadas por Auditor Financiero con las novedades generadas en la revision avalado por Jefe de Unidad de Cuentas Hospitalaarias y Facturacion para posterior envio a la Sociedad para conciliacion y presentacion de soportes.
5	Revision de Informe de contestacion y soportes remitidos por las Sociedades Medicas para enviar a Auditor Financiero para elaboracion de acta de conciliacion y elaboracion de informe definitivo por Auditor Financiero y posterior aval de la Jefe de Unidad de Cuenastas Hospitalarias y Facturacion.
6	Asistencia a Reuniones convocadas por la Jefe de la Unidad cuentas Hospitalarias y Facturacion, para capacitacion, seguimientos, planes de mejora y/o toma de desiciones.
7	Y todas las demas inherentes al contrato

TOTAL A PAGAR (\$ 3,237,000): Tres millones doscientos treinta y siete mil pesos.

OBSERVACIONES:

OPS: 
Diana María Ramirez Sanchez
C.C. 1.032.367.364

Doctora Marta Edy Ariza Mateus
Jefe Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion
Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación

Handwritten scribbles and marks in the top right corner.



DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CC	1032367364	DIANA MARIA RAMIREZ SANCHEZ	CALLE 54 A BIS NRO 86-16	2238029	dianaramirez690@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
PERIODO SALUD	2024-10	1	20/11/2024	81436196	EMPLEADOS		
					1		
					TOTAL A PAGAR		\$402.700

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
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0			1	200	0	162.700
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		
					0	0	1	200	0	162.700

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	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
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	31.700			-31.700	1	100	31.800		317	317	31.800	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
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

