	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 30/11/2025
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE DE 2025

AREÁ Y/O SERVICIO: UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN					UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL			
No. DE CONTRATO:SP-SUFI-0498-2025	Actividades Ejecutadas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1.014.188.926		1	11	2025	30	11	2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA: BERNAL GALLO DERLY YOHANA

OBJETO DEL CONTRATO: AUDITOR FINANCIERO

AREA DE SERVICIO: SOCIEDADES MEDICAS

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	Aplicar las glosas a las sociedades medicas según lo estipulado en el contrato y lo reportado por la DIGSA.
2	Realizar conciliaciones con las Sociedades Medicas de las objeciones reportadas por la DIGSA con el aval de la Jefe de la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación.
3	Generar y consolidar informes para la retroalimentación al personal asistencial y adminsitrativo de los hallazgos encontrados en la facturación, con el objetivo de disminuir la subfacturación y la glosa como lo establecen los procedimientos de la Unidad para el grupo auditor, facturadores y revisories avalado por la socialización de la Jefe de la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación.
4	Consolidar los informes que sean requeridos por las diferentes áreas de la institución, con el aval de la Jefe de la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación y según directirces institucionales.
5	Presentar mensualmente o cuando lo requiera la jefe de la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación informe de visitas, comunicaciones o llamadas de seguimiento a las Sociedaes Medicas objeto de la auditoria.
6	Asistencia a reuniones convocadas por la Jefe de la Unidad cuentas Hospitalarias y Facturación, para capacitación, seguimientos, planes de mejora y/o toma de desiciones.
7	Y todas las demas inherentes al contrato

TOTAL A PAGAR ($ 5.726.000): Cinco Millones Setecientos Veintiséis Mil pesos.

OBSERVACIONES:

OPS.: **Derly Yohana Bernal Gallo**
C.C. 1.014.188.926

Doctora Marta Edy Ariza Mateus
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación

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	1014188926	DERLY YOHANA BERNAL GALLO	Cra 70 C 68 -32	5294141	derlybernal10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90872228	$435.000	

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	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	2	100	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	435.000

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	1014188926	DERLY YOHANA BERNAL GALLO	Cra 70 C 68 -32	5294141	derlybernal10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90872228	$435.000

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	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
CC	1014188926	BERNAL GALLO DERLY YOHANA	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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