Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TIVISAY GUTIERREZ MELU												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012346670							
CORREO ELECTRONICO:	tigume@yahoo.com				CELULAR:	3215362482							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS BOSA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURADORA				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4900158272								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4487-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1				
NÚMERO DE CDP	958	FECHA	28/05/2018	NÚMERO DE CRP	27141	FECHA	01/06/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - (Apoyo administrativo facturador urgencias II)										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2018		1	6	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.562.000										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.562.000
VALOR EJECUTADO	$1.562.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.562.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
27903943	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA LIDER DEL PROCESO:

Tivisay Gutierrez Melu.
TIVISAY GUTIERREZ MELU
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS BOSA			**Sede:**	ASDINGO					
No. DE CONTRATO:	4487	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.018		30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TIVISAY GUTIERREZ MELU	**C. C.**	1.012.346.670			**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - (Apoyo administrativo facturador urgencias II)**

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Realizar verificación de derechos en las paginas de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamerto Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.) y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. determinando el aseguramiento de los usuarios.	100%	Realice verificación de derechos en la correspondientes pagainas de comprobador de derechos ADRES, DNP Y Comprobador de Deechos	Impresión de pantallazos adjunto a la sabana de autorización de la atención del paciente y se adjunta todos los soportes
b. Realizar y/o verificar la admisión aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, con calidad y oportunidad acorde a la normatividad vigente y a los resultados de la verificación de derechos.	100%	Realicé y verefqué la admisión aplicando los ocho correctivos con lla correspondiente verefícación de derechos	Impresión de la hoja de admisión con los datos correctos del paciente, nombres y apellidos completos , direccion, telefono etc
c. Realizar el reporte de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS.	100%	Se realzó previamente el registro de los usuarios en el SIRAS	Impresión informe realzado en SIRAS evidenciado datos del accidente y soportando la factura
d. Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.	100%	funcion no realzada en la unidad	funcion no realzada en la unidad
e. Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestión, consecución, solicitud, verificación de autorizaciones (de acuerdo a la pertinencia de la actividad o Unidad asignada) tanto de los de los servicios prestados y/o facturados de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma, en conformidad con la operación de la Subred	100%	revise la verificación de cada una de las autorizaiones de los servicios prestados y facturados cumpliendo la normatividad vigente.	Se entrega sabana con la trazatilidad del proceso de la autorización de la atención son su autorizacion correspondiente.
f. Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información.	100%	se realzó la asignación de las citas de acuerdo con la necesidad del usuario, disponibilidaad y orden cronológico	Se entrega impresión de recortorio de cita al paciente dandole explicación de cómo asistir a la cita
g. Realizar los tramites o actividad pertinente y necesaria para que en el sistema de información se efedúe la asignación de cama a cada uno de los usuarios de acuerdo al requerimiento asistencial, traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio, así como en los casos de traslado a otra unidad para continuar tratamiento o liberación de cama al egreso del usuario.	100%	funcion realizada por el area de autorizaciones	funcion realizada por el area de autorizaciones
h. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios de los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realzadas en cada turno.	100%	funcion realizada por el area de autorizaciones	funcion realizada por el area de autorizaciones
i. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	100%	funcion realizada por el area de autorizaciones	funcion realizada por el area de autorizaciones
j. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámtes ante las diferentes entidades responsables de pago (E.A.P.B), así como la necesidad de realizar copagos de acuerdo a la situación de seguridad social de cada usuario.	100%	Brinde información clara y precisa a bs usuarios sobres las cuotas de recuperación según la seguridad social	Se realzó información al paciente informandole de las cuotas de recuperación según su seguridad
k. Verificar y realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren en los servicios de urgencias como son: Imagenología, laboratorios ecografías, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico , realizando los(historia clínica manual y/o sistematizada) ajustes necesarios teniendo en cuenta el cuadro de contratación vigente.	100%	Realicé, verifique y cargue los procedimientos y servicios prestados a los usuarios según los contratos establecidos con cada EPS para su respectivo pago.	Se realza impresión y se adjunta soportes de factura para el respectivo cobro del servicio entregao debidamente sorportadas al tecnico
l. Realizar la liquidación de cuentas y facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los soportes necesarios por administradora y convenio (Evento), realzando el recaudo de cuotas de recuperación, copagos y generación de pagares en caso de ser necesario.	100%	Analicé y facturé los servicios prestados, soporando así los mismos con sus respectivas cuotas de recuperación	Se realza impresión y se adjunta soportes de factura para el respectivo cobro del servicio
m. Generar la facturación de los servicios prestados para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, garantizando los soportes completos de sustento para cada factura de acuerdo al (.E. A. P. B)pagador.	100%	Realice la impresión de las factura posterior al cargue y soporte de la misma	Se realza impresión y se adjunta soportes de factura para el respectivo cobro del servicio
n. Hacer diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realzando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro.	100%	Realizo cierre de caja posterior a la terminación de cada turno y realzar su respectiva entrega a tesorería.	Posterior al turno diario se realza cierre de caja y se imprime los soportes de este proceso postriormente se entrega a tesorería

o. Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito) en los instrumentos o libros que se estardaricen para la evidencia de la .actividad	100%	llevar a la caja fuerte en su repectivo sobre el dinero recaudado	Realicé registro en libro de anulaciones posterbrmente al remplazo de cada factura diariamente
p. Hacer la entrega diaria del total de las facturas generadas por las diferentes modalidades de facturación FFDS, PGP, EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de ,radicación de la misma, como son historia clínica epicrisis, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos 3047/2008 .(Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT	100%	verificar que las cuentas entregadas esten debidamente soportadas	Entregé facturas por medio de las hojas de ruta con posterior firma de recibido de cada tecnico
q. Garartizar que el último día del mes seanentregadas ,la totalidad de las facturas generadas durante el periodo realizando el control y registro de la entrega a los analistas y central de cuentas de las unidades	100%	Cada fin de mes entrego y corrigo cada factura que halla generado y me hayan devuelto por alguna razón	Genero reporte de HOSVITAL cada fin de mes y verifico que no tenga ninguna factura relacionada a mi usuario sin entregar
r. Realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y así .mismo generar el soporte y facturación de los mismos	100%	Realice el cargue y cierre de cuentas abiertos de los ingresos activos en HOSVITAL anexando soportes incluyendo autorización	Impresión de factura con soportes necesarbs para su radicación
s. Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, en un plazo máximo de horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la 12 devolución de la factura espacialmente los que se realicen el último día del mes se dabe garantizar que las correcciones queden en el mes de la generación de la .factura	100%	Realicé correcion y soporte correspondientes a las devolucionrs realzadas por los Técnicos en su respectivo mes de la prestación del servicio	Impresión de factura, radcaion de reemplazo de la misma en el libro y anexando autorizacion si asi es el caso y posterior entrega en hoja de ruta a cada Tecnico
t. Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred .Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte .respectivo	100%	Solicité anular facturas y posterbrmente las reemplacé con la correción orrespondiente y evidencié dicho proceso	Radicación en el libro de anulación y posterior registro del remplazo de factura y evidenciando en el libro su factura generada
u. Asistir, participar y realizar las actividades que se ,estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción (entre otros	100%	Asistí a cada actividad y capacitación que se me fue asignada	Firma de lista de asistencia y acta entregada por el refererte.
v. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de ,la gestión de actividades, relacionando las barreras brechas o logros en la ejecución de sus actividades para la certificación de pagos	100%	Realizo la entega del formato semanal de las facturas realizadas anuladas y reemplazadas. Mensualmente el formato con el cumplimiento de las actividades corepondientes a micontrato	Impresión del cuadro de actividades mensualmente y se adjunta a la cuenta de cobro evidenciando facturas generadas del mes
w. Realizar la adecuada presentación de cuentas con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr la certificación de actividades	100%	Realice la entrega de las historias que diariamente realzaba con los respectivos soportes de la parte asistencial y administrativa	Entrega diarimente historias con registro en el libro de admision de recibido de archivo
x. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de .Salud Sur Occidente E.S.E	100%	Cumplí con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Impresión de los formatos con firma de los recibidos de los tecnicos y el Lider del proceso de facturación
y. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B)	100%	Cumplí con los soportes sdicitados para con la respectiva contestación de glosa	Realicé la busqueda de historias y reconstrución de autorizaciones para el levantamiento de glosas

TOTAL A PAGAR (Número y letras):1'562.000 un millón quinientos sesenta y dos mil M/CTE

Tinsay Gutierrez 1023466770.	
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	FIRMA DEL SUPERVISOR

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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	1012346670	TIVISAY GUTIERREZ MELU		calle 73D sur # 83 04	8140807	tigume@yahoo.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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	I	01/06/2018	27903943	$241.800

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

PAGADA
27903943

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

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	TIVISAY GUTIERREZ MELU
Periodo:	01-31 DE MAYO

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	Vr. Facturas Entregadas	No. Facturas devueltas por Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
Semana 1	115	16834307	62	7406625	2	12	1653483	12	4271580	0	0	0	
Semana 2	202	52787015	135	35147514	7	15	9297262	11	414069	0	0	4	
Semana 3	175	47474649	99	18848226	1	1	291019	1	291019	0	0	0	
Semana 4	169	76715077	110	47817135	2	3	1691853	2	1691853	0	1	0	
Total	661	193811048	406	109219500	12	31	12933617	26	6668521	0	1	4	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):				Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Semana/Actividades	No. Recibos de Caja Generados	Valor Recibos de caja	Valor Recaudo entregado a Tesorería	No Recibos de Caja anulados	Valor Recibos de caja anulados	Motivo de Anulación
Semana 1	3	635360	635360	0	0	0
Semana 2	6	1393388	1393388	0	0	0
Semana 3	3	519370	519370	0	0	0
Semana 4	8	1530353	1530353	0	0	0
Total	20	635360	4078471	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Referente Tesorería Unidad			Analista		

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Tivisay Gutierrez Melú

Firma Colaborador: (Contratista)

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	TIVISAY GUTIERREZ MELU
Periodo:	01-30 JUNIO

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	Vr. Facturas Entregadas	No. Facturas devueltas por Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
Semana 1	213	44555513	147	34409651	6	6	404905	6	405000	0	0	0	0
Semana 2	69	15757090	46	9738499	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Semana 3													
Semana 4													
Total	282	60312603	193	44148150	6	6	404905	6	405000	0	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de				Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Semana/Actividades	No. Recibos de Caja Generados	Valor Recibos de caja	Valor Recaudo entregado a Tesorería	No Recibos de Caja anulados	Valor Recibos de caja anulados	Motivo de Anulación
Semana 1	6	1382184	1382184	0	0	0
Semana 2	1	53240	53240	0	0	0
Semana 3						
Semana 4						
Total	7	1435424	1435424	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Referente Tesorería Unidad			Analista		

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Tivisay Gutierrez Melu.

Firma Colaborador: (Contratista)