Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID				298105
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000623666		
CORREO	jhonatadavidsp13@gmail.	CELULAR	3197215668		
PROCESO:	Facturacion				
SERVICIO:	Facturacion	UNIDAD:	Chapinero		

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	CHPR23											

BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	20319716344		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0697-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	141	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	11766	FECHA	31/01/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1114	FECHA	28/04/2023	NÚMERO DE CRP: 2	21758	FECHA	28/04/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1275	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 3	23129	FECHA	23/05/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1307	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 4	25681	FECHA	31/05/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1739	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	36245	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2098	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 6	47830	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 7	2254	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 7	55182	FECHA	22/11/2023

OBJETO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO VI

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2023		30	11	2023

TIPO SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,099,202	VALOR LETRAS	

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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	27,904,176
VALOR EJECUTADO:	24,179,796
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,099,196
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,724,380
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	86.65 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
72358825	145,000	185,600	3	28,300	0	358,900
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA.

LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: Facturación urgencias y hospitalización,					UNIDAD:		SIMON BOLIVAR
No. DE CONTRATO: 0697 – 2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Luz Miryam Roncancio Roncancio		1	11	2023	30	11	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SALAZAR PEREZA JHONATAN DAVID	DOCUMENTO: 1000623666						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios profesionales y de apoyo a la gestión como FACTURADOR URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución.

TOTAL DE EJECUCIÓN (100%): _____

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	1. Aportar al mantenimeinto del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad Institucional. 2. Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3. Aportar lo necesario para la implementacion y mantenimiento del sistema Unico de acreditación. 4. Aisitencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5. Ingreso de informacion confiable al sistema de infromación.
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	1. Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos dentro del proceso de facturación que afecten las finanzas de la Institución. 2. Brindar una atencion calida, respetusa y enmracda en la humanización de nuestro proceso. 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4. Ingreso y registro de informacion confiable al sistema de infromación.
1.verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferente aplicativos (Fosyga, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros,	verificación de estado de afiliación de los usuarios en bases de datos de la secretaria de salud
2.Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente	Ingreso de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos, verificacion y registro de la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago
3.Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred.	facturar las actividades por prestacion de servicio de salud en los diferentes puntos de la subred
4. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social, según formato.	notificacion de las incosistencias presentadas por pacientes particulares, suspendidoso con irregularidad en la afiliacion y autorizacion o documento
5.Verificar la correcta admisión del paciente Solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.	verificacion de la admicion del paciente solicitando los ajustes cuando se requiera
6. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir linea de pago	se genera factura en linea de pago correspondiente y su respectiva firma de usuario y funcionario
7. Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015	se recauda copago y cuota de recuperacion conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015
8. Soporta la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000	Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000
9. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal	Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal
10. Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado".	Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado".
11. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera	Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera
12. Reportar al Tecnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal	reportar al tecnico delegado las facturas objeto de anulacion y causal
13Elaborar los reportes de facturación del área asignada.	elaborar los reportes de facturacion del area asignada
14. Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados.	Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados.
15. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS	Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:($ 2.099.196 M/CTE) DOS MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS

JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA

JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA CC: 1000623666

Fecha : 30/11/2023 Firma de recibido supervisor Luz Miryam Roncancio Roncancio

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación 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	1000623666	JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA	CALLE 49#15-68	7711020	JHONATANDAVIDSP13@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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
2023-10	2023-10	I	09/11/2023	72358825	$358.900

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	890903790-5	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

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	1000623666	JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA	CALLE 49#15-68	7711020	JHONATANDAVIDSP13@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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
2023-10	2023-10	I	09/11/2023	72358825	$358.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólomo exterior	Estacionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1000623666	SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID	57	0			N																230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS005	1,160,000	145,000	14-11	1,160,000	3	28,300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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