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:	BASILIO FELIX MENDEZ		326167
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79160498
CORREO	bacifem@hotmail.com	CELULAR	3115027725
PROCESO:	Facturacion		
SERVICIO:	Facturacion	UNIDAD:	Suba

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	457870019397		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3182-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	180	FECHA	30/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	15188	FECHA	03/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	390	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	19504	FECHA	21/03/2024

OBJETO:	NULL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2024		30	04	2024

TIPO SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,829,387	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:	5,488,084
VALOR EJECUTADO:	5,242,055
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	668,780
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	68
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	246,029
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	95.52 %

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
76223849	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	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,



LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO	BASILIO FELIX MENDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.	PÁGINA : 1 DE 1
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:FACTURADOR CONSULTA EXTERNA				UNIDAD:				
No. DE CONTRATO: 3182– 2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ MIRYAM RONCANCIO RONCANCIO		20	04	2024	30	4	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BASILIO FELX MENDEZ	DOCUMENTO: 79160498						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como FACTURADOR CONSULTA EXTERNA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred 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 mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2.Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional.3.Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación.4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5.Ingreso de información confiable al Sistema de información.
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 clínica 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 la facturación que afecten las finanzas de la Institución 2.Brindar una atención calida, respetuosa y enmarcada en la humanización de nuestro proceso 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4.Ingreso y registro de información confiable al sistema de información
3.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
4.• Realizar el ingreso 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
5.• Registrar diariamente en el sistema de información los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informando oportunamente las inconsistencias encontradas.	Registro diario en el sistema de información de los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informe oportuno de las inconsistencias encontradas.
6.• Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados.	Generacion de la factura con todos los cargos de los servicios prestados al paciente, al momento de su egreso
7• Generar los cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador,	Cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador.
8. Generar corte de cuenta y cerrar la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta.	Corte de cuenta y cierre de la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta.
9. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización,	Notificacion de los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización,
10. Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.	Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.
11. 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	Recaudo 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
12. Soportar 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
13. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal.	Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal
14. 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"
15. Reportar al Técnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal	Reporte de las facturas objeto de anulación con la respectiva causal
16.Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera.	Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera
17. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS.	Demas actividades consignadas en el contrato por OPS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($668.780)SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/TE

BASILIO FELIX MENDEZ
CC: 79160498

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
Fecha :30/04/2024
Firma de recibido supervisor:
LUZ MIRYAM RONCANCIO RONCANCIO
DIRECTORA FINANCIERA

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	79160498-0	BASILIO FELIX MENDEZ	cra 109c#141a58	3115027725	basiliofelixmendez@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	16/04/2024	76223849	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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, IRP 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	79160498-0	BASILIO FELIX MENDEZ		cra 109c#141a58	3115027725	basiliofelixmendez@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	16/04/2024	76223849	$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	Colom. exterior	Estudiante	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
1	CC	79160498	FELIX MENDEZ BASILIO	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) BASILIO FELIX MENDEZ identificado(a) con CC 79160498 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE SUBA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes 4 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BASILIO FELIX MENDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79160498,** se encuentra afiliado/a desde **20/01/1981** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de abril de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **BASILIO FELIX MENDEZ** identificado con **CC** No. **79160498**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE - NI. 900971006	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/03/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2027 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014394780.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164