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:	BARRERA RINCON LINA ROCIO		345535
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1058431279
CORREO	linitha.0725@gmail.com	CELULAR	3132226071
PROCESO:	Facturacion		
SERVICIO:	Facturacion	UNIDAD:	Simon Bolivar

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

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0042-2024			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	36	FECHA	02/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	7547	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 2	264	FECHA	23/02/2024	NÚMERO DE CRP: 2	18465	FECHA	26/02/2024
NÚMERO DE CDP: 3	390	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 3	19052	FECHA	21/03/2024
NÚMERO DE CDP: 4	808	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	33995	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	930	FECHA	24/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	42618	FECHA	31/07/2024

OBJETO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO VI

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2024		31	08	2024

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,099,196	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:	16,093,836
VALOR EJECUTADO:	16,093,836
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:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9470760062	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,



HURTADO SIERRA JUAN CARLOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BARRERA RINCON LINA ROCIO
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			UNIDAD:		ENGATIVA		
No. DE CONTRATO: 0042-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR(E) (E): Dra. JUAN CARLOS HURTADO SIERRA		1	8	2024	31	8	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BARRERA RINCON LINA ROCIO	DOCUMENTO: C.C. 1058431279						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como facturador de Urgencias, Cirugia y Hospitalización 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 institucion

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.	Desarollar las actividades del contrato como facturador de consulta externa, aportando lo mejor de mi y aportanto para el mejoramiento continuo de la institucion.
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.	Brindar trato humanizado e informacion oportuna y clara a los usuarios de la subred norte
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.	Realización de facturas son sus respectivos soportes físicos de las diferentes bases de datos para su previa verificación
4.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	Se realizo el ingreso de los pacientes al sistema de informacion y registro de los datos requeridos, con previa verificación de derechos en las diferentes bases de datos y autorizaciones fisicas y a su vez registro de autorizacion en la factura.
5.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.	Asignación de citas medicas.
6. 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.	Se le Informo al area de autorizaciones y admisiones, y trabajo social de los pacientes particulares o con alguna incosistencia en su estado de afiliación.
7.Verificar la correcta admisión del paciente Solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.	Se realizo la verifiacion de derechos de los usuarios a facturar, se realizo la actualizacion de la informacion de los usuarios requeridos.
8. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago	Todas las facturas realizadas fueron firmadas por el usuario
9. 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 realizó la entrega de recaudos, arqueos de caja, traslados y reportes de facturas diariamente
10. Soporta la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000	Entrega de facturas con todos los soportes para sus respectiva radicación y pre-auditoria.
11. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal	Entrega de recaudos, arqueos de caja, traslados y reportes de facturas diariamente.
12. 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 de facturas con sus respectivos soporte y reporte en los tiempos según los lineamientos entregados por el área de pre auditoria y facturación para su previa verificación y devolución
13. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera	Se realizaró solicitud de nota crédito a las facturas que se requirió por el área de facturación ya sea por cambio de pagador, subfacturacion y/o sobrefacturacion.
14. Reportar al Tecnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal	Entrega de acta de anulación con su respectivos soportes y remplazos al área de facturación (24 horas)
15. Elaborar los reportes de facturación del área asignada.	Entrega de reportes de facturacion diariamente
16. Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados.	Entrega de facturas de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. (Diariamente)
17. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS (asistir a capacitaciones requeridas por el area de facturacion).	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2'099.196 (DOS MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE)

BARRERA RINCON LINA ROCIO
C.C. 1058431279

Fecha : _31_/_08__/__2024___

Documento Firmado Digitalmente

Firma de recibido supervisor (E): Dra. JUAN CARLOS HURTADO SIERRA
DIRECTOR FINANCIERO

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

dos millones trescientos sesenta y ocho mil quinientos cuarenta y ocho

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1058431279		BARRERA RINCON LINA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 68d #20d-16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7090990	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	837553878	9470760062	I	2024/08/21	2024/08/12	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1058431279	BARRERA LINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1058431279		BARRERA RINCON LINA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 68d #20d-16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7090990	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	837553878	9470760062	I	2024/08/21	2024/08/12	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200