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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SINDY PAOLA PERILLA CORREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.030.587.948							
CORREO ELECTRONICO:	sindy0503@hotmail.com				CELULAR:	3185450189							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USH BOSA								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURADOR				SEDE:	Bosa							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	S04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468200036779								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGEN	2614	2614 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3			
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018		NÚMERO DE CRP	10828	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA										
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	1		
			1	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:											
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%				$0					

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:	4.311.000
VALOR EJECUTADO	4.311.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	1.437.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

e 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
8326515802	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

NOMBRE y FIRMA LIDER DE PROCESO :

SINDY PAOLA PERILLA CORREA
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:	FACTURACION		Sede: BOSA						
No. DE CONTRATO:	2614-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2.018		30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SINDY PAOLA PERILLA CORREA		C. C.	1.030.587.948		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Facturador-Urgencias y Hospitalizacion de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cargar en el sistema todos los procedimientos y actividades realizadas al paciente. Reportar al area de autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorzación y prorroga de servicios para la atención del paciente. Verificar pagador. Preauditar la cuenta. Emitir la respectiva factura. Determinar el copago. entregar la facturacion diaria al centro de cuentas debidamente soportada y ajustada a la norma	100%	Cargar en el sistema todos los procedimientos y actividades realizadas al paciente. Reportar al area de autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorzación y prorroga de servicios para la atención del paciente. Verificar pagador. Preauditar la cuenta. Emitir la respectiva factura. Determinar el copago. entregar la facturacion diaria al centro de cuentas debidamente soportada y ajustada a la norma	Se realizan si es necesario los cambios de pagador en el sistema HIPOCRATES según corresponda. se hace la previa revisión de autorización de cada usuario. Realizo verificación de cada uno de los soportes que me certifican los pagos de la cuenta en comprobador de derechos, fosyga y DNP. revise actividades hechas al paciente con su respectivo soporte. imprimo factura con evidencia de actividades realizadas al paciente. según el nivel socioeconomico detemino si realiza coopago. al finalizar cada turno me dirijo a entregar las respectivas facturas emitidas en el turno
Asistir a las capacitaciones programadas. Cumplir con los turnos programados por la coordinación. Revisar periodicamente las cuentas de los usuarios y verificar la disponibilidad de los soportes de los contratos realizados. Realizar actividades de atención e información a los usuarios en las diferentes cajas del hospital. Recibir los dineros que por concepto de cancelación de cuentas se entreguen en la caja ya sea en efectivo, cheque u otro medio de pago. Contar, clasificar y sumar dineros en efectivo y cheques recibidos durante la jornada. Elaborar comprobantes por concepto de los dineros recibidos o entregados, en tiempo real por cada factura	100%	Cumplir con los turnos programados por la coordinación. Revisar periodicamente las cuentas de los usuarios y verificar la disponibilidad de los soportes de los contratos realizados. Realizar actividades de atención e información a los usuarios en las diferentes cajas del hospital. Recibir los dineros que por concepto de cancelación de cuentas se entreguen en la caja ya sea en efectivo, cheque u otro medio de pago. Contar, clasificar y sumar dineros en efectivo y cheques recibidos durante la jornada. Elaborar comprobantes por concepto de los dineros recibidos o entregados, en tiempo real por cada factura	cumplo con la programación para las capacitaciones asití puntual y opotunamente a los turnos antes pactados Se tiene un control de los pacientes que necesitan autorización y de los que no se brinda la información oportuna a los usuarios recibí el dinero respectivo a la cuenta por pagar según cada usuario hice la verificaión de lo que se recive durante la jornada se realiza un informe una vez finalizado el turno para entregarlo respectivamente a tesoreria
Llevar el control del movimiento monetario de la caja asignada, responder por los dineros encomendados a su cuidado custodia de acuerdo con los procedimientos y normas establecidas Hacer arqueos para verificar la exactitud de las sumas obtenidas, de turno y cierre diario entregando los soportes a tesoreria	100%	Llevar el control del movimiento monetario de la caja asignada, responder por los dineros encomendados a su cuidado custodia de acuerdo con los procedimientos y normas establecidas Hacer arqueos para verificar la exactitud de las sumas obtenidas, de turno y cierre diario entregando los soportes a tesoreria	tener la responsabilidad del dinero recaudado Realizo arqueos de caja para verificar las cantidades de dinero que se reciben sea y correpondan a lo que muestra el sistema llevar a la caja fuerte en su repectivo sobre el dinero recaudado
Organizar los soportes de las cuentas, anexos a cada una de las facturas elaboradas y entregarlas diariamente a la coordinación de facturación, para la elaboración de cuentas de cobro.	100%	Organizar los soportes de las cuentas, anexos a cada una de las facturas elaboradas y entregarlas diariamente a la coordinación de facturación, para la elaboración de cuentas de cobro.	verificar que las cuentas entregadas esten debidamente soportadas es mi responsabilidad cada cuenta que llegue a mi turno Se entrega turno informando cualquier novedad No aplica
Participar en los procesos de recolección de documentos y respuesta de glosas a las entidades pagadoras, en especial cuando dichas glosas comprometen su responsabilidad Realizar el control interno sobre las actividades propias de la orden	100%	Participar en los procesos de recolección de documentos y respuesta de glosas a las entidades pagadoras, en especial cuando dichas glosas comprometen su responsabilidad Realizar el control interno sobre las actividades propias de la orden	brindo una ateción con cilidad y humanización para que cada usuario se sienta satisfecho e informado se entreda todas las historias originales a estadistica se virifica que todo se encuentre a corde a la norma
Brindar al usuario interno y externo atención con calidad, calidez y humanización	100%	Brindar al usuario interno y externo atención con calidad, calidez y humanización	brindo una ateción con cilidad y humanización para que cada usuario se sienta satisfecho e informado
Entrega de historias clinicas a estadistica. Velar y verificar en la prestación de servicios de salud, se cumplan los requisitos previos de autorización por parte de la EPS, acorde con la normatividad vigente.	100%	Entrega de historias clinicas a estadistica. Velar y verificar en la prestación de servicios de salud, se cumplan los requisitos previos de autorización por parte de la EPS, acorde con la normatividad vigente.	se entreda todas las historias originales a estadistica. se virifica que todo se encuentre a corde a la norma

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.437.000 UN MILLON CUATROCIENTOS TREINATA Y SIETE MIL PESOS M/CTE

Sindy Paola Perilla C

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.

Señor(es): SINDY PAOLA PERILLA CORREA
Nit: CC 1030587948
Dirección: CALLE 79 SUR N 77L-72
Teléfono: 4973303 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	SINDY PAOLA PERILLA COI
Tipo y número de identificación	1030587948
Número de radicación planilla	8326515802
Fecha de pago	4/9/2018
Número de autorización de pago	17431411
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Abril 2018
Periodo cotización pensión	Abril 2018
Periodo cotización caja	Abril 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

PAGADO

Verificado via. Telefonico Planilla.
Juana Ramirez 18-04-18

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

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1030587948	PERILLA	CORREA	SINDY	PAOLA	2018-03	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	15/01/2014	30	COTIZANTE	4023