

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002
			

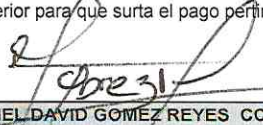
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MICHAEL DAVID GOMEZ REYES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1.012.392.576				
CORREO ELECTRONICO:				dagoreyes@outlook.com				CELULAR:				3223048926			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FACTURADOR				SEDE:				KE11			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		SO4-KE11	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA								62428560731				PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																	
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2615-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3					
NÚMERO DE CDP		35		FECHA		12/01/2018		NÚMERO DE CRP		10829		FECHA		31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR CONSULTA EXTERNA																	
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA		MES		AÑO		HASTA	DIA		MES		AÑO	
					1		4		2018			30		4		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$ 1.437.000									
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:													
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:						
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8326732213	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los () días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diesciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,						
						
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION			MICHEL DAVID GOMEZ REYES CC.1.012.392.576			
			NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA			

Ubicación del Servicio:	FACTURACION	Sede:	TINTAL
No. DE CONTRATO:	2615 DE 2018	Periodo certificado desde el	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MICHAEL DAVID GOMEZ REYES	C. C.	1.012.392.576
			DE BOGOTA

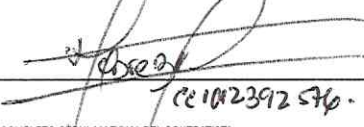
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Facturador-Urgencias y Hospitalización de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 área de autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prórroga de servicios para la atención del paciente. Verificar pagador. Preauditar la cuenta. Emitir la respectiva factura. Determinar el copago. entregar la facturación 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 área de autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prórroga de servicios para la atención del paciente. Verificar pagador. Preauditar la cuenta. Emitir la respectiva factura. Determinar el copago. entregar la facturación diaria al centro de cuentas debidamente soportada y ajustada a la norma	Subi Al sistema Hipocrates 400 procedimientos y actividades. 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. Imprimio factura con evidencia de actividades realizadas al paciente, según el nivel socioeconómico determino si realiza copago. 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 periódicamente 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 periódicamente 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 asistí puntual y oportunamente 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 verificación de lo que se recibe durante la jornada se realiza un informe una vez finalizado el turno para entregarlo respectivamente a tesorería
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 tesorería	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 tesorería	tener la responsabilidad del dinero recaudado Realizo arqueos de caja para verificar las cantidades de dinero que se reciben sea y correspondan a lo que muestra el sistema llevar a la caja fuerte en su respectivo 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 atención con calidad y humanización para que cada usuario se sienta satisfecho e informado se entrega todas las historias originales a estadística se verifica 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 atención con calidad y humanización para que cada usuario se sienta satisfecho e informado
Entrega de historias clínicas a estadística. 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 clínicas a estadística. 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 entrega todas las historias originales a estadística. se verifica que todo se encuentre a corde a la norma

OBSERVACIONES:

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

 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <u>CE 1012392 576</u>	Fecha : 04/2018 Lider del proceso de facturacion 
---	---

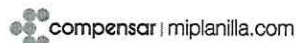
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Señor(a): MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
No. Identificación: CC 1012392576
Dirección: CARRERA 87 H 69 A 55 SUR
Teléfono: 3223048926 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8326732213

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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



Nombre	michael david oomez reves
Tipo y Número de Identificación	CC 1012392576
Número Planilla	8326732213
Fecha de Pago	4/6/2018
Número de Autorización de Pago	15051674
Gancho	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 Administradores	3
Total Pagado	\$241.800
Total Ingresos Mens	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		1012392576								
APELLIDOS Y NOMBRES		GOMEZ REYES MICHAEL DAVID								
COD EPS	COD APP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RESPOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RESPOS	FONDO SOLIDARIAL
EPS005	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

[illegible]

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. Si 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	1012392576	GOMEZ	REYES	MICHAEL	DAVID	2018-03	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	03/2018	30/12/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2018	30/12/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2018	30/12/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2017	30/12/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2017	30/12/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2017	30/12/2013	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN												
Michael David Gomez Reyes												
01/03/2018 - 31-03-2018												
Nombre Contratista:												
Periodo:												
Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Central de Cuentas	No. Facturas devueltas por Central de Cuentas	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	65	2.456.553	0	0	1	33.800	1	-				
Semana 2	237	17.993.570	82	0	3	276.870	3	255.687				
Semana 3	198	9.117.698	415	20	12	2.416.440	12	2.416.440				
Semana 4	146	13.954.622	165	0	0	-	0	-				
Semana 5	0	-	0	0	0	-						
Total	646	\$ 43.522.443	662	20	16	\$ 2.727.110	16	\$ 2.672.127			0	0
Marzo entregadas en Abril.											0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					
Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:												
Firma Colaborador: (Contratista)												

