

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

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA		351532							
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	51561824							
CORREO	fmalbara888@yahoo.es	CELULAR	3155884060							
PROCESO:	Facturacion									
SERVICIO:	Facturacion		Suba							
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00									
BANCO	12		TIPO CUENTA	AHORROS						
NUMERO CUENTA BANCARIA	488406105558									

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3191-2024	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO					
NÚMERO DE CDP: 1	180	FECHA	30/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	18336	FECHA	20/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	390	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	19513	FECHA	21/03/2024
NÚMERO DE CDP: 3	631	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	31055	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	808	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	34304	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	930	FECHA	24/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	39312	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1206	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 6	48014	FECHA	30/09/2024

OBJETO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO V

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2024		30	09	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:	14,634,557
VALOR EJECUTADO:	14,634,480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,829,310
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	77
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
8379688323	162,500	0	3	31,700	0	194,200
	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:

ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA  
 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.

	<b>NOMBRE DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		<b>CÓDIGO: AP-CT-F-50-03</b> <b>VERSION: 3</b>					
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b> <b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		<b>PÁGINA: 1 DE 1</b> <b>FECHA: 19/05/2022</b>					
<b>ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURADOR CONSULTA EXTERNA</b>			<b>UNIDAD:</b>					
<b>Nº. DE CONTRATO: 3191-2024</b>		<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR(E): Dr. JUAN CARLOS HURTADO SIERRA</b>			1	9	2024	30	9	2024
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALBARRACIN DE HERRERA FLOR MARIN/DOCUMENTO: 51561824</b>								
<b>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.</b>								
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % )100</b>								
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>				<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>				
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, Auditoría 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 maximizar 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 diferentes aplicativos (Fosys, comprobador de derechos de la SSS 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 secretaría 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, verificación 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 da de alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados.				Generación 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 define la conducta.				Corte de cuenta y cierre de la factura de capitación cuando al paciente se le define la conducta.				
9. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización.				Notificación 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 causa.				Reporte de las facturas objeto de anulación con la respectiva causa				
16. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera.				Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera				
17. Y las demás actividades consignadas en el contrato por OPS.				Demás actividades consignadas en el contrato por OPS				
<b>OBSERVACIONES:</b>								
<b>TOTAL A PAGAR: (\$1.829.310 HUN MILLON OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS MTE)</b>								
 ALBARRACIN DE HERRERA FLOR MARIN 003001624				Fecha: 30/09/2024 Firma de recibido supervisor: DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE <b>JUAN CARLOS HURTADO SIERRA</b> DIRECTOR FINANCIERO(E)				
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.								

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA  
**No. Identificación:** CC51561824  
**Dirección:** CLL94#156-58IN4AP201PINARDESUBA  
**Telefono:** 8069464  
**Correo:** florm838@yahoo.es  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8379688323

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC51561824	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2024
Número de planilla	8379688323	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2024
Fecha pago	2024-09-09	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	1000000091	Total Pagado	194700
Banco	1001	Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31800	1
EPS005	Sanitas EPS	162900	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 51561824  
 APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005		1300000	0	1300000	0	162500	0	0	0	31700	0