

Centro de Costo B23

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



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO.			1005680414					
CORREO ELECTRONICO:				yurley-cesar@hotmail.com				CELULAR:			3225717736				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							04-FONTIBON								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				BOSTON				SEDE:			Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		S04-FO02	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				Davivienda				TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA								7300807026			PENSIONADO			No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2829-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3		
NÚMERO DE CDP		35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		11042				31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TEC. ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	4	2018		30	4	2018		
				\$1,837,000									
TIPO DE SERVICIOS		Administratvo		RESERVA DE GLOSA 2%									

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.

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$5,511,000
VALOR EJECUTADO		\$5,511,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$1,837,000
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		70%

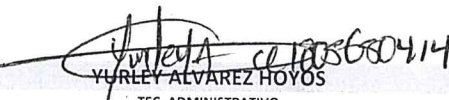
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$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
8326832343	\$781,242.00	\$97,655	\$124,999	3	\$19,031	\$241,685

Dado en Bogotá al mes de ABRIL del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


NOMBRE Y FIRMA LIDER DE PROCESO


YURLEY ALVAREZ HOYOS
TEC. ADMINISTRATIVO

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION	Sede:	BOSTON														
No. DE CONTRATO:	2829-2018	Periodo certificado	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>a</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>1°</td> <td>4</td> <td>2018</td> <td></td> <td>30</td> <td>4</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1°	4	2018		30	4	2018
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año											
1°	4	2018		30	4	2018											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS																
		C. C.	1,005,680,414 DE SAN MARCOS														

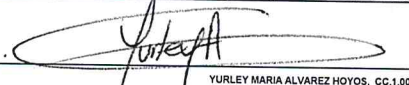
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como TECNICO ADMINISTRATIVO en el área de FACTURACION dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Aplicar los términos contractuales vigentes de la contratación de la institución para la revisión de las cuentas auditadas.	100%	SE REALIZÓ REVISIÓN DE CUENTAS AUDITADAS.	se verifica y se socializa los cambios de contratos con auditores y facturadores según cambios realizados por mercadeo
b. Diariamente con las bases de datos de verificación y control de facturas, realizar seguimiento a la facturación generada con el fin de garantizar el control primario del estado de cada una de las facturas asignadas para su revisión.	100%	SE REALIZÓ SEGUIMIENTO A LA FACTURACION GENERADA, GARANTIZANDO EL CONTROL PRIMARIO.	mediante bases generadas por el sistema se lleva control de la correcta facturación de los servicios
c. Realizar auditoría a las facturas generadas en la institución garantizando el cumplimiento en la aplicación de la contratación y normatividad vigente, verificando seguridad social, cobro adecuado de servicios y copagos.	100%	SE REALIZÓ AUDITORIA VERIFICANDO SEGURIDAD SOCIAL COBRO ADECUADO DE SERVICIOS Y COPAGOS.	se llevo acabo seguimiento en la auditoria verificando los correctos cobros y contratos en facturas
d. Garantizar la auditoria financiera de los servicios prestados de acuerdo a los copagos correspondientes de los cuales será responsable con el cajero por los valores cobrados, en el caso de que el copago sea inferior el revisor pagara junto con el facturador el valor del dinero faltante.	100%	SE REALIZÓ LA VERIFICACION DE LOS COPAGOS CORRESPONDIENTES.	se comparan bases de verificación con facturas realizadas en la unidad de fontibon comparando los copagos generados
e. Garantizar la corrección oportuna de las facturas en un plazo no mayor a 48 horas después de realizada la devolución, de lo contrario solicitar al facturador la corrección de las mismas.	100%	SE REALIZA LA OPORTUNA CORRECCION DE FACTURAS.	despues de la verificación de bases se hace devolución de facturas y se retroalimenta de la corrección de las mismas
f. Registrar diariamente la información en la matriz de seguimiento a facturas, garantizando el correcto diligenciamiento de los motivos de devolución de facturas, la fecha de verificación de la cuenta, la fecha en la que autorizan la factura para radicar.	100%	SE REALIZÓ SEGUIMIENTOS A FACTURAS, MOTIVOS DE DEVOLUCION, FECHA DE VERIFICACION DE LA CUENTA, FECHA EN LA AUTORIZAN LA	se revisaron bases de los auditores en donde se evidencia respuestas de las devoluciones de facturas y se generan cuentas de radicación
g. Presentar informe de los motivos de devolución de facturas y el record de devolución a cada uno de los facturadores.	100%	SE PRESENTO INFORME DE LOS MOTIVOS DE DEVOLUCION DE FACTURAS	se enviaron todos los informes requeridos de facturas pendientes por entrenar e ingresos abiertos
h. Atender los usuarios que requieran información y atención en cuanto al proceso de facturación, dando adecuada solución, con Respeto por la Dignidad, Buen Trato y Vocación de Servicio.	100%	SE ATENDIO A LOS USUARIOS QUE REQUERIAN ACLARACION POR PARTE DE FACTURACION, GARANTIZANDO UNA SOLUCIÓN	se colaboro a los pacientes que se acercan a la unidad de facturación aclarando las dudas en cuanto a facturación y asignación de citas
i. Verificar el correcto diligenciamiento de los Formularios correspondientes a atención de víctimas de accidente de tránsito.	100%	SE REALIZÓ VERIFICACION DE LOS FORMULARIOS DE ATENCION DE VICTIMAS DE ACCIDENTE DE	se dio respuesta enviando informe de la Circular 015
j. Dar apoyo a la oficina de facturación para la revisión, entrega y radicación de cuentas, para el último día del mes se debe tener disponibilidad de tiempo para dar solución a las facturas que tengan pendientes por revisar para garantizar la corrección de las mismas dentro del mes de prestación del servicio.	100%	SE APOYO A LA OFICINA DE FACTURACION PARA LA REVISION ENTREGA Y RADICACION DE CUENTAS.	se hizo seguimiento mediante el informe de Hoja de Ruta
k. Seguimiento a las facturas que se quedan pendientes por radicar, garantizando la radicación en el siguiente mes de atención.	100%	SE REALIZÓ SEGUIMIENTOS DE LAS FACTURAS PENDIENTES POR RADICAR.	se solicito a los facturadores y auditores facturas que tengan en su poder para una radicación exitosa y a tiempo
l. Realizar verificación de derechos de los usuarios en todas las bases de datos establecidas como son: Comprobador de Derechos, FOSYGA BDU, periodos compensados, planeamiento nacional, planeamiento distrital, convenio 137 para los pacientes que refieran ser estudiantes de instituciones públicas y/o privadas con convenios con la Secretaría de Educación, Bases de datos de capacitación, las demás adicionales y/o que modifiquen a las antes relacionadas, en aras de garantizar el pagador correspondiente a los servicios prestados	100%	SE REALIZÓ VERIFICACION DE DERECHOS DE LAS FACTURAS AUDITADAS.	se confirma en bases de seguridad social estado actual de cada uno de los usuarios incluidos en la cuenta por radicar
m. Apoyar el proceso de capacitación para con los facturadores.	100%	SE REALIZÓ RETROALIMENTACIÓN A LOS CAJEROS C. EXTERNA	se hace reuniones mensuales con facturadores para socialización de nuevos contratos y cambios a nivel general dejando una acta de cada
n. Apoyo en el proceso de contestación de glosa de los diferentes pagadores.	100%	SE REALIZÓ APOYO DE LA AUDITORIA ENERO - JULIO 2016 FFDS	se dio respuesta a cada una de las solicitudes que hicieron los auditores del fondo financiero y de la auditoria AGS
ñ. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación que apuntan al mejoramiento continuo de la Entidad.	100%	SE PARTICIPÓ EN LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN.	Se asistió a cada una de las reuniones en las que se solicitó presencia del líder de facturación Unidad Fontibon
o. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la Entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la Entidad, con el fin de apoyar a la Acreditación del Hospital.	100%	Se realizan con todas las actividades asignadas y establecidas durante el mes por la subred.	se lleva acabo retroalimentación de valores institucionales con el area de facturación
p. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y Control en énfasis en la Acreditación de la Entidad.	100%	Se realizan con todas las actividades asignadas y establecidas durante el mes por la subred.	se llevo acabo la realización de todos los informes y actividades exigidas por el líder de facturación de la Subred
q. Apoyar el proceso de asignación y facturación de citas cuando así se requiera por necesidades de los servicios. (Aplica para consulta externa).	100%	SE REALIZÓ ASIGNACION DE CITAS PARA PACIENTES PRIORIZADOS.	se colaboro con la corrección de agendamiento de citas a pacientes
r. Verificación de servicios que son facturados en un mes y prestados en otro para garantizar el seguimiento a las facturas generadas por el hospital (aplica para consulta externa).	100%	SE REALIZÓ VERIFICACION DE LOS SERVICIOS FACTURADOS CONSULTA EXTERNA	se verifica facturas de los servicios prestados en consulta externa verificando que sean los contratados
s. Realizar conciliación mensual con estadística de lo facturado y atendido.	100%	SE REALIZÓ CONCILIACION CON ESTADISTICA.	se cumplió con reunión mensual para conciliación y verificación de servicios facturados al 100%
t. Realizar la respectiva verificación de los pagadores FFDS y CAPITAL SALUD AMBULATORIO, para el armado de la cuenta pago global.	100%	SE REALIZÓ VERIFICACION DE LAS CUENTAS A PRESENTAR.	se presentaron cuentas de radicación en tiempos establecidos por EPS
u. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de ejecución del contrato, acordes con el objeto del mismo.	100%	SE REALIZARON ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR.	se llevo acabo reunion con auditores retroalimentando funciones y responsabilidades

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.837.000 -UN MILLON OCHOCIENTOS TREITA Y SIETE MIL PESOS MCTE.

	Fecha: ABRIL-2018 - LIDER DEL PROCESO 
CONTRATISTA: YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS, CC.1.005.680.414	

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

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

Señor(a): YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS
No. Identificación: CC1005680414
Dirección: CLL 128 A # 121 C -- 09
Telefono: 6904300
Correo: YURLEY-CESAR@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326832343

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS
Tipo y número de identificación	CC1005680414
Número de planilla	8326832343
Fecha pago	2018-04-10
Número de autorización pago	18287515
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	243000
Total Intereses de Mora	1200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19200	1
231001	Colfondos	125600	1
EPS008	Compensar EPS	98200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1005680414
APELLIDOS Y NOMBRES: YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS

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
EPS008	231001	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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 esté proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

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

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

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

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO	NÚMERO DE	PRIMER	SEGUNDO	PRIMER	SEGUNDO	ÚLTIMO PERÍODO	EPS /	TIPO
ID	DOCUMENTO	APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE	COMPENSADO	EOC	AFILIACIÓN
CC	1005680414	ALVAREZ		YURLEY	MARIA	2017-01	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1005680414	ALVAREZ	HOYOS	YURLEY	MARIA	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	01/04/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	01/04/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	01/04/2016	30	COTIZANTE	4023