| 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 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | **CLAUDIA PATRICIA OSORIO AYALA** | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | **52.463.280** | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | patomaria14@hotmail.com | | | | CELULAR: | **3112958378** | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | **Sur** | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | **FACTURACION** | | | | SEDE: | **Sur** | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | S04-SU40 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | **AHORROS** | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | **007500894683** | | | | | | | | PENSIONADO | | | | |

**2**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI | **2855 - 2018** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **3 DE 3** | |
| NÚMERO DE CDP | **35** | FECHA | **12/01/2018** | NÚMERO DE CRP | **11068** | FECHA | **31/01/2018** | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa como TECNICO II en el area de FACTURACION dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.** | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO |
| | | **1** | **4** | **2018** | | **30** | **4** | **2018** |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | **$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.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| 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 | **100%** |

**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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **8880726110** | **$781.242** | **$97.700** | **$125.000** | **3** | **$19.100** | **$241.800** |

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

LIDER DE FACTURACION SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E
**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Claudia Osorio

**CLAUDIA PATRICIA OSORIO AYALA**
APOYO ADMINISTRATIVO EN FACTURACION TECNICO II
**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. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FACTURACION | | CAPS 71 PATIO BONITO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2855 - 2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 4 | 2.018 | | 30 | 4 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CLAUDIA PATRICIA OSORIO AYALA | | C. C. | 52.463.280 | | 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 TECNICO DE FACTURACION de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Recibir con amabilidad al usuario y su acompañante | PROGRAMADO | Recibir a la totalidad de los usuarios y sus acompañantes. | 100 % de usuarios atendidos |
| Garantizar el escaneo de los documentos del usuario | PROGRAMADO | Escanear el 100 % de los documentos de usuarios facturados. | Archivo con soportes para respaldar cualquier eventualidad al momento del |
| Garantizar la adecuada verificación de la Seguridad Social del usuario en Bases de Datos, y su facturación al pagador correspondiente | PROGRAMADO | Verificacion de la seguridad social del 100 % de los pacientes para asegurar una atencion optima y sin contratiempos | Garantice el adecuado cobro de las facturas con la correcta verificacion de los usuarios en las diferentes bases de datos. |
| Solicitar autorizacion en los casos que sea necesario a la central de autorizaciones o tramitarla según corresponda. | PROGRAMADO | Solicitud de autorizaciones a la central | Facturacion debidamente soportada con la respectiva autorizacion |
| Asignar citas | PROGRAMADO | Asignacion de citas | Asignacion la totalidad de las citas de acuerdo con las agendas disponibles |
| Elaborar cargo en el sistema de acuerdo al servicio | PROGRAMADO | Digitar en el sitema los cargos | Elaboracion de la totalidad de los cargos de acuerdo a la seguridad social que posee el |
| Elaborar facturas en el sistema de acuerdo al servicio | PROGRAMADO | Ingresar los datos necesarios para la factura | Elaboracion de la totalidad de las facturas correspondientes a los servicios prestados |
| Imprimir, organizar, soportar, entregar y archivar las facturas elaboradas | PROGRAMADO | Imprimir, organizar, soportar y achivar las facturas con los documentos soportes de la prestacion del servicio. | Paquete de facturas organizadas y punteadas frente al informe que genera el |
| Garantizar la entrega de las facturas al área de Facturación según cronograma | PROGRAMADO | El tecnico de facturacion el dia miercoles pasa recoger facturas por evento y facturas anuladas | Entrega de paquete de facturas organizadas y punteadas frente al informe que genera el modulo, Cumpliendo la cita programada por los tecnicos de facturacion |
| Garantizar la correcta facturación de los servicios, teniendo en cuenta las observaciones realizadas en el centro de atención | PROGRAMADO | Correcta verificacion de datos y servicios prestados a cada uno e los usuarios | Facturacion con soportes idoneos para el respectivo cobro, y correccion de los |
| Informar a quien corresponda las facturas a anular dentro de cada turno. | PROGRAMADO | Llamadas y correos electronicos con la informacion necesaria para los tecnicos de facturacion solicitando la anulacion de facturas | Reporte de facturas donde se verifica la anulacion y reemplazo de todas aquellas facturas que presentaron errores |
| Entregar informe semanal a quien corresponda de las facturas anuladas con sus respectivos soportes. | PROGRAMADO | Elaborar informe de facturas anuladas con sus respectivos soportes. | Entrega del informe de anuladas con sus respectivos soportes. |
| Garantizar y responsabilizarse del recaudo y buen manejo de la caja. | PROGRAMADO | Adecuado y responsable cobro de las cuotas de recuperacion, entregando al area de tesoreria la totalidad del recaudo | Informe de tesoreria donde se refleja el total recaudado de acuerdo a lo facturado y sin pendientes por recibir |
| Realizar apertura y cierre de cada turno. | PROGRAMADO | Ejecutar la correcta apertura y cierre del turno para garantizar que no sean usados los usuarios del sistema fuera del turno | Turno entregado y cerrado en su totalidad. |
| Generar diariamente los informes necesarios para el cierre como lo son: relación de facturas, relación de recibos, cuadre de caja, arqueo de caja y traslado de caja, debidamente | PROGRAMADO | Generar, imprimir y verificar la relacion de facturas, de recibos de caja, arqueo y traslados a la caja principal. | Entrega correcta y exacta de los diferentes informes y recaudos a la persona encargada |
| Facturar los servcios de Idipron,según RIPS entregados por el tecnico de facturaion | PROGRAMADO | Se factura a cada paciente relacionado en el rips y se anota alli mismo el codigo hipocrates. | Entrega de la facturacion digiligenciada en su totalidad |
| Y demás actividades que le sean solicitadas por el coordinador del área. | PROGRAMADO | Cumplir con todas la actividades designadas durante el mes por el coordinador de el area de facturacion | Cumplir con todas la actividades designadas durante el mes por el coordinador de el area de facturacion |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR: $ 1.837.000 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M/TE**

Claudia Osorio

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-04-12, 11:01:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011782969

**Periodo Cotización:** abril de 2018 **Periodo Servicio:** abril de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8880726110

**PAGADO 12/04/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CLAUDIA PATRICIA OSORIO AYALA | | |
| **Documento** | CC52463280 | **Dirección** | KR 87 D 48 03 sur CASA 24 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7516518 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | OSORIO AYALA CLAUDIA PATRICIA | **Identificación** | CC 52463280 |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52463280 | CLAUDIA PATRICIA OSORIO AYALA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 781,242 | $ 125,000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2.436 | $ 781,242 | $ 19,100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 0 | $ 125,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 | $ 0 | $ 241,800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!