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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	92.517.025							
CORREO ELECTRONICO:	alfagamez@yahoo.es				CELULAR:	3108654440							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAMI-II				SEDE:	USS FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03R28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380674981								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3397-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			14 DE 14				
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II- AUTORIZADOR a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.717.922										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%									

PERIODO CERTIFICADO:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$21.058.392
VALOR EJECUTADO	$21.058.392
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.717.922
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 $2,194,508 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
1034321475	$877.803,00	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá el mes de ENERO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JUNET TAFUR HERNANDES
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR (E)

Alfredo Ramon Agamez Vertel
AUXILIAR DE AUTORIZACIONES

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	AUTORIZACIONES		SEDE: USS FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3397-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL		C. C.	92.517.025	DE	SINCELEJO			

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 AUTORIZADOR 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
Realizar verificación de derechos en la páginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	SI	Se realizó verificación de derechos en las páginas de ADRES (BDUA, compensados), Comprobador de derechos , DNP Paginas WEB, Capital salud y aplictivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a los pacientes hospitalizados para el egreso oportuno de los servicios prestados en la unidad de fontibon	Registro en SIIES (módulo verificación de derechos)
Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E .Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	SI	Se realizo seguimiento y actualización de admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E a pacientes que se evidencien segun seguimiento y verificacion al egreso en el mes de Agosto	Registro Dinamica Gerencial (Admisones ingreso del paciente)
Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.	SI		Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y/o anexo 3)
Aplicar los procesos y procedimientos de autorizaciones tanto de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma.	SI	Se realizo gestion con los reportes de los usuarios de los diferentes servico dando cumplimiento al Decreto 4747 y la Resolición 3047 de 2008.	Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3)
Realizar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados(cama por cama), efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	SI	Se realizo el censo en el servicio medicina interna caml 1 con 39 camas se realizo seguimiento al pagador de de cada uno de los usuarios, remisiones pendietes y de pacientes particulares, se identificaron los traslados realizados y nuevos ingresos al servicio.	Bitacora de censo y registro en Dinamica Gerencial
Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida.	SI	no aplica	no aplica
Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y así mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	SI	Se realizo registro de toda la gestion realizada a los pacientes hospitalizados, verificando las respectivas autorizaciones y soportes para su egreso	Registro en SIIES
Entregar oportunamente los soportes del proceso de Autorización a los facturadores con el fin de ser anexados en cada una de las facturas generadas a las EAPB.	SI	Se soportaron hojas de ruta y fueron entregadas al revisor en turno como se evidencia en el libro de entrega.	Correo electronico donde se evidencia la respuesta, hoja de ruta y libro radicador.
Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).	SI	Se brindo información a pacientes y sus familiares de inconsistencias sobre su seguridad social	Informacion personalizada a familiraes
Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación en cuanto a reconstrucción de facturas o cierres de ingresos asignados por el referente de autorizaciones.	SI	Se realizo reconstrucción de 6 hojas de ruta por cierre de ingresos.	Hojas de ruta entregadas por cierre de ingresos o reconstrucción de facturas.
Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Cartea y glosas en la consecución de soportes que se requiera para dar respueta a las difeentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Adinistradoras de Planes de Beneficios	SI	Se dio respuesta a la glosa solicitada por cartera de las siguientes (E:A:P:B)	Repuesta de glosa de las siguientes (E:A:P:B)

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,717,922 Un millon setecientos diesiete mil novecientos veintidos pesos m/cte

ALFREDO RAMON AGAMEME VERTEL 92517025

Sandra Janet Tafur Hernandez
Líder Proceso (E)

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



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-01-19, 12:52:09 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1034321475 **Referencia pago(PIN)** 8816915070

Periodo Cotización 202012 **Periodo Servicio** 202012

Cliente:

PAGADA 2021-01-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL				
Documento	CC 92517025	**Dirección**	DIAGONAL 16 B 106 65		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108654440		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 92517025		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					AGAMEZ VERTEL ALFREDO RAMON	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | |

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	92517025
NOMBRES	ALFREDO RAMON
APELLIDOS	AGAMEZ VERTEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/19/2021 13:03:29	Estación de origen:	190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

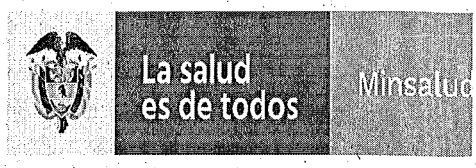
Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES



Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afili
CC	92517025	AGAMEZ	VERTEL	ALFREDO	RAMON	2019-02	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	92517025	AGAMEZ	VERTEL	ALFREDO	RAMON	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	92517025	AGAMEZ	VERTEL	ALFREDO	RAMON	2020-11	E.P.S SANITAS	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
E.P.S SANITAS	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
E.P.S SANITAS	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
MEDIMAS EPS S.A.S	02/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
MEDIMAS EPS S.A.S	01/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
MEDIMAS EPS S.A.S	12/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
MEDIMAS EPS S.A.S	11/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
MEDIMAS EPS S.A.S	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci

Bogotá, Enero/2021

Señora,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

Referente de facturación

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

Asunto: Certificación de Incapacidad

Cordial saludo.

Me dirijo a usted con el objeto de comunicarle bajo la gravedad de juramento que, durante el mes de Enero, yo ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTE con número de identificación: CC. 92517025 de Sincelejo, no he recibido incapacidades por parte de mi EPS Sanitas y tampoco por parte de la ARL Sura.

Deseo aprovechar esta oportunidad para agradecer la confianza y el apoyo recibido durante mi permanencia en la Subred haciendo parte de la Dirección Financiera bajo el contrato de prestación de servicios No. 3397-2020

Atentamente,

ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL

CC. 92517025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA No 13/ 2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL

C.C 92517025 DE SINCELEJO

La suma de $ 1.717.922, por concepto de: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II- AUTORIZADOR durante el periodo de 01 al 31 de Enero/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3397-2020

ALFREDO RAMON AGAMEZ VERTEL

C.C 92517025 DE SINCELEJO

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 7380674981