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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAIME ALBERTO LEON GAITAN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.110.459.008						
CORREO ELECTRONICO:	jleon195520@gmail.com				CELULAR:	3106284842						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	KE10						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	R28	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8480309783								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	277 – 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 DE 10			
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP	45538	FECHA	31/10/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE FACTURACION DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LASUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.562.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.620.000
VALOR EJECUTADO	$15.620.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.562.000
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1016769619	$781.242	$97.700	$125.000	3	19.100	**$241.800**

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

Luz Mary Torres R

LUZ MARY TORRES
LIDER DE PROCESO

Jaime León

JAIME ALBERTO LEON GAITAN
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.
		Fecha de aprobación	04/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		**Sede:** KENNEDY							
No. DE CONTRATO:	2777 – 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2018		30	11	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAIME ALBERTO LEON GAITAN		**C. C.**	1.110.459.008			**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 **ASISTENTE-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
1. Realizar verificación de derechos en la paginas 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	100%	Verifico en cada una de las bases de datos para luego pegar el pantallazo de cada una en el programa SIES.	Consultando las bases de datos (ADRES,ADRES PERIODOS COMPENSADOS DNP Y COMPROBADOR) para determinar el aseguramiento del paciente
2.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	100%	Hago la respectiva verificacion de derechos a cada paciente para ingresarlo a Hosvital.	Verificando derechos para luego Ingresarlo al Sistema Hosvital
3. Llevar a cabo 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.	100%	Registro en sistema y verifico los soportes presentados del siniestro, determino aseguramito del paciente acorde con la base de datos	Registrando correctamente el ingreso del paciente proveniente de Accidente de Transito verificando soportes para definir el pagador correspondiente.
4.Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados, 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.	100%	Diligencio, organizo y entrego las historias clinicas al area de Gestion Documental con su respectivo recibido.	Diligenciando y registrando las historias clinicas en el libro para luego ser debidamente entregadas a Gestion Documental.
5. Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se indique los 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.	100%	Conforme con el volumen de trabajo del facturador gestiono procesos internos para agilizar tramites correspondientes.	Identificando el momento en el cual el facturador necesita el apoyo correspondiente de acuerdo al volumen del trabajo que tenga.
6. 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.	100%	Informo a los medicos de turno cuando un paciente ingresa en mal estado para valoracion inmediata.	Dirigiendo a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias en mal estado dandoles prioridad para que tengan una atencion oportuna.
7.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.	100%	Paso documentacion del paciente a mi compañero de autorizaciones para que inicie el tramite de la respectiva autorizacion.	Se hace entrega de la copia del documnento al Autorizador para que genere su respectiva autorzacion.
8. Realizar el proceso de autorización de medicamentos no POS con formatos, y realizar los trámites internos del diligenciamiento y justificación del formulario CTC. Esta actividad aplica para las unidades donde no tiene el perfil encargado de este proceso.	100%	Notifico a mi compañero de Autorizaciones el cambio de aseguramiento del usuario cuando es necesario.	Notificando a Autorizaciones el cambio de pagador cuando sea necesario.
9. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).	100%	Informo a Autorizaciones el tipo y causa del ingreso del paciente.	Indagando al paciente que le sucedió para establecer si es un Accidente Laboral y realizar el debido proceso de notificacion a la ARL correspondiente.
10. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	Saco un reporte diario donde rectifico los ingresos que estan en seguimiento.	Generando el reporte diario donde rectifico los ingresos que se encuentran en seguimiento.
11. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B)	100%	Diligencio formato para cerrar en cero y lo presento al encargado del proceso para su respectivo cierre.	Realizando seguimiento a los ingresos que se encuentren abiertos ya sea por fuga y salidas voluntarias para luego hacer su respectivo cierre en ceros.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$ 1.562.000** **UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL MIL PESOS M/CTE.**

Jaime León

JAIME ALBERTO LEON GAITAN C.C 1.110.459.008

FECHA :

LIDER DE PROCESO Luz Mary Torres 22/11/19

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2018-11-13, 05:36:28 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2018
Empresa	JAIME ALBERTO LEON GAITAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 1110459008
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1016769619
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	385020793
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 259.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 125.000	$ 700
N805000427	EPS016	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	$ 97.700	$ 600
N800256161	14-28	ARP SURA	1	$ 19.100	$ 100
N860013570	CCF21	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	1	$ 15.700	$ 100
		SubTotales:		$ 257.500	$ 1.500
		Total a Pagar:			$ 259.000

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

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	1110459008
NOMBRES	JAIME ALBERTO
APELLIDOS	LEON GAITAN
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	COOMEVA E.P.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 11/19/2018 04:48:04 | **Estación de origen:** | 190.24.132.202

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

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	NUMERO 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	NUMERO 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	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1110459008	LEON	GAITAN	JAIME	ALBERTO	2018-09	COOMEVA E.P.S. S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COOMEVA E.P.S. S.A.	09/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	08/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	07/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	06/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	05/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	04/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	03/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	02/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	01/2018	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	12/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	11/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	10/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	09/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	08/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	07/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	06/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	05/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	04/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	03/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	02/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	01/2017	01/08/2013	30	COTIZANTE	4023