

13415

 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 TESORERÍA				Versión: 2 Fecha de aprobación: 31/03/2017 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Subred Sur Occidente E.S.E.		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C.	X	C.E.	NO.		1.022.981.255		
CORREO ELECTRONICO:			karen_maye15@hotmail.com				CELULAR:		3193254723	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			CALLCENTER				SEDE:		Kennedy	
CENTRO DE COSTOS:			Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	
			O02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24125001200				PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			SO-3117/2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 1			
NÚMERO DE CDP		35	FECHA		12/01/2018	NÚMERO DE CRP		11322	FECHA	
									31/01/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR A ATENCION AL USUARIO DENTRO DE LOS 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	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$1.250.000							
TIPO DE SERVICIOS			Asistencial		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:							\$3.750.000			
VALOR EJECUTADO							\$3.750.000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$1.250.000			
VALOR A LIBERAR							\$0			
SALDO POR EJECUTAR							\$2.500.000			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							33%			
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 \$1.844.293, 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES			
8475509045		\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800			
Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente, <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  ELSA MARINA TORRALBA NOVAL NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div>  KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>										

 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 Fecha de aprobación: 31/03/2017 Código: 2402290-0203	 GOBIERNO DE BOYACÁ GOBIERNO DEPARTAMENTAL
Ubicación del Servicio:		Unidad de Kennedy		Sede: CALL CENTER	
No. DE CONTRATO:		SO-3117-2018	PERIODO CERTIFICADO DESDE EL	Día: 1 Mes: 2 Año: 2018	Día: 28 Mes: 2 Año: 2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES		1.022.981.255	DE BOGOTÁ
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar Atención al Usuario dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integral 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 del 1 AL 28 FEBRERO 2018	PRODUCTOS ENTREGADOS	
1. Ejecutar la comprobación de derechos de los usuarios en las diferentes bases de datos		CUMPLE	Comprobación de derechos de los usuarios	Agendamiento de citas	
2. Realizar la asignación de citas médicas de Consulta externa a través de los diferentes aplicativos de las unidades a través de la plataforma call center.		CUMPLE	Asignación de citas medicas	Registro de información en SICHOCK	
3. Realizar captura de información de usuarios de demanda insatisfecha a través del aplicativo vía WEB establecido		CUMPLE	Registrar en SICHOCK la demanda insatisfecha	Registro de información en SIDMA	
4. Verificar los diferentes fallos de tutela para darle cumplimiento en la asignación de citas médicas		CUMPLE	Aplicación de los procedimientos establecidos para la realización de las actividades		
5. Aplicar los procedimientos que sean adoptados por el supervisor de su orden de servicio, para optimización de la prestación de servicio del Call Center		CUMPLE	Asistencia a reuniones del área		
6. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas		CUMPLE	Suministrar un trato adecuado a los usuarios		
7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos para el desarrollo de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros)		CUMPLE	Registrar información en SIDMA		
8. Cumplir con los direccionamientos del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		CUMPLE			
9. Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud		CUMPLE			
10. Portar el Carné de la Institución, durante el desarrollo de las actividades		CUMPLE			
11. Responder proactivamente las quejas, reclamos y sugerencias que le sean colocadas por parte de los usuarios aplicando los correctivos necesarios para el mejoramiento		CUMPLE			
12. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades		CUMPLE			
13. Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo del Área de Atención al Usuario con indicadores óptimos de rendimiento		CUMPLE			
14. Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos institucionales		CUMPLE			
15. Asistir a las actividades de inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución		CUMPLE			
16. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica.		CUMPLE			
17. Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA		CUMPLE			
18. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual		CUMPLE			
19. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato		CUMPLE			
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.250.000. UN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS					
NOMBRE: COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES CC1022981255			Firma de recibido supervisor Elsa María Torralba Noval Fecha: FEBRERO /2018		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

JR



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF			
CC 1022849355		AMAYA CUENTES KAREN MAYELLI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 137 sur 3 A 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4810558	No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave	Pago	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2018-02	2018-02	1000001604	847556945	1	2018/02/13	2018/02/08	BANCO BOGOTA		0	\$241,800	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES											
EMPLEADO			NOVEDADES			PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombre	Clave	Planilla	Fecha	Aporte	IBIC	Dias	Aporte	IBIC	Dias
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)											
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)											
1	CC 1022849355	KAREN MAYELLI	INDEPENDIENTE	1	2018/02/13	\$781,240	\$781,240	0	\$0	\$781,240	\$781,240
Total Afiliados: 1											
RIESGOS											
PARAFISCALES											
Total Aportes											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clave Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF			
CC- 022849355		JAMPA CUENTES KAREN MAYELLI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 137 sur 3 A 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4810558	No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave	Pago	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2018-02	2018-02	1000001604	847556945	1	2018/02/13	2018/02/08	BANCO BOGOTA		0	\$241,800	
RESUMEN DE PAGO											
RIESGO											
AFILIADOS											
INTERESES MORA											
SALDOS E INCAPACIDADES											
VALOR A PAGAR											
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)											
PROTECCION											
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)											
COLMENA											
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)											
SANTAS											
TOTAL											

3/2

Karen Amaya C.

(<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>)

[Iniciar sesión \(/login.aspx\)](#)



(<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>)

[Mapa del Sitio \(/Mapa-del-sitio\)](#) [Buscador \(/buscador\)](#) (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>)

[Funcionarios \(/Funcionarios\)](#) [Preguntas Frecuentes \(Transparencia/Preguntas-frecuentes\)](#)

Compensación ▶ Consultas y estadísticas ▶ Maestro de Afiliados Compensados (<http://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados>)

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 DE DOCUMENTO	IDENTIFICACION	PRENOM	COGNOM	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TERCER APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE VENCIMIENTO
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DE DOCUMENTO	IDENTIFICACION	PRENOM	COGNOM	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TERCER APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE VENCIMIENTO
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DE DOCUMENTO	IDENTIFICACION	PRENOM	COGNOM	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TERCER APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE VENCIMIENTO
CC	1022981255	AMAYA	CIFUENTES	KAREN	MAYERLI		2017-06	E.P.S. SANITAS COTIZANTE
CC	1022981255	CIFUENTES	AMAYA	KAREN	MAYERLI		2018-02	E.P.S. SANITAS COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS	FECHA DE INICIO DEL PERÍODO	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PERÍODO	DÍAS DE PERÍODO	ESTADO	OTROS
E.P.S. SANITAS	02/2018	31/07/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2018	31/07/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2017	31/07/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2017	31/07/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2017	31/07/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2017	31/07/2013	11	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2017	31/07/2013	30	COTIZANTE	4023

[Handwritten signature]

Karen Amaya