24

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY ALEJANDRA CASTRO VILLAMIL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024528228						
CORREO ELECTRONICO:	castroalejandra015@gmail.com				CELULAR:	3136584804						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	subred integrada de servicios de salud suroccidente											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Kennedy						
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22372173185								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3746-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		14 DE 14			
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP	45985	FECHA	31/10/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Realizar verificación de derechos de los usuarios que requieren servicios por consulta externa, verificación que debe ser realizada en todas las bases de datos								
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	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:	$14.613.820
VALOR EJECUTADO	$14.613.820
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.562.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.562.000
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
8484293740	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá en el mes de NOVIEMBRE del año 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Luz Mary Torres

LUZ MARY TORRES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alejandra Castro.

CINDY ALEJANDRA CASTRO VILLAMIL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	04/03/2017
Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	INGRESOS URGENCIAS					**Sede:** KENNEDY			
No. DE CONTRATO:	3746-2018	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2018		30	11	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY ALEJANDRA CASTRO VILLAMIL		**C. C.**	1.024.528.228			**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, otnia) 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 sinisetro, 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 tramites 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 PESOS.

Alejandra Castro.

CINDY ALEJANDRA CASTRO VILLAMIL C.C 1024528228

FECHA

FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR Luz Mary Torres R

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

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. Sí 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	NÚMERO 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	NÚMERO 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	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1024528228	CASTRO	VILLAMIL	CINDY	ALEJANDRA	2018-09	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
SALUD TOTAL S.A.	09/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	08/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	07/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	06/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	05/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	04/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	03/2018	01/01/2009	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	12/2017	01/01/2009	17	COTIZANTE	4023

Línea

LES DEL APORTANTE

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		CASTRO VILLAMIL CINDY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 75 # 75A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4691166	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-10	8484293740	8484293740	I	2018/11/08	2018/11/14	BANCO BOGOTA	6	$243,000

DETALLADA DE APORTES

PLEADO				PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
ación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
PAL (1 Afiliados)				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
o: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
epto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
8228	CASTRO CINDY	230301	30	$781,242	$125,000	EPS002	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
iliados(1)				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO