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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**PAOLA ANDREA CARDONA FLOREZ**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	**X**	C.E		NO.	1033767082							
CORREO ELECTRONICO:	paos_814@hotmail.com				CELULAR:	3053343528							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**FONTIBON**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	**CAMI II**				SEDE:	**FONTIBON**							
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	**475070015171**								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4324-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**7**			
NÚMERO DE CDP	**1556**	FECHA	**28/09/2018**	**NÚMERO DE CRP**		**42911**	**FECHA**	**30/09/2018**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II - AUTORIZADOR a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Facturación 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	10	2018		31	10	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 anotarque para los alivios tributarios se deben allegar los soportes

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.402.870
VALOR EJECUTADO	$8.402.870
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8483704724	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

LUZ MARY TORRES RINCON
LIDER DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES SUBRED SUR OCCIDENTE

PAOLA ANDREA CARDONA FLOREZ
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**AUTORIZACIONES**			**Sede: CAMI II**					
No. DE CONTRATO:	**4324-2018**	**Período certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**PAOLA ANDREA CARDONA FLOREZ**		**C. C.**	1.033.767.082		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de poyo como APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II - AUTORIZADOR a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Facturación 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a.Realizar verificacion de derechos de los usuarios que requieren servicio por urgencia, traslado, observacion y /u hospitalizacion, incluyendo dicha verificacion en el software de autorizaciones, con el diligenciamiento de todos los campos anexando los pantallazos incluidos en cada item requerido para soporte de autorizaciones y fastura, realizar el escaneo de documentos de los usuarios en cumplimiento a la normatividad vigente.	100%	Se realiza verificacion de derechos a los usuarios que ingresaron por el servicio de , observacion y hospitalizacion	SIIES
b.Verificar y aplicar el cuadro de contratacion vigente de la institucion para el reporte y liquidacion de servicios prestados a los usuarios en el momento de su atencion .	100%	Se realiza consulta del cuadro de contratacion para la solicitud de autorizaciones	BITACORA CORRESPONDIENTE A DIARIO
c. realizar solicitud de autorizaciones de urgencias, observacion, hospitalizacion, medicamentos no pos a los diferentes pagadores , incluidos entes territoriales	100%	Se realizan los tres envios y el cuarto al ente territorial del anexo realizado para la solicitud de servicios	BITACORA POR SIIES CORRESPONDIENTE
d. Diligenciar de manera completa y clara los anexos tecnicos de la resolucion 3047/08 que sean necesarios para la consecucion de la autorizacion, ingresando toda la informacion en el software de autorizaciones .	100%	Se realiza censo Observacion y hospitalizados verificando que el paciente este hospitalizado en la cama y coincida con el del sistema	SIIES
e. Asignar citas de urgencia y prioritarias teniendo en cuenta el orden cronologico de disponibilidad de citas y los requerimientos de los usuarios.	100%	Se realiza verificacion de derechos a los usuarios que ingresaron por el servicio de observacion y hospitalizacion	AGENDAMIENTO CITAS
f. Hospitalizar administrativamente a los usuarios de la institucion, realizar traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio	100%	Se realiza censo Observacion y hospitalizados verificando que el paciente este hospitalizado en la cama y coincida con el del sistema	BITACORA POR SIIES CORRESPONDIENTE
g. realizar el seguimiento diario de las autorizaciones de los pacientes de observacion y hospitalizacion, en cumplimiento de la resolucion 3047/08 y de las demas que adicionen, modifiquen o sustituyan garantizar el adecuado diligenciamiento y ubicación del paciente en el censo, realizando ronda diaria para identificar cambios en el servicio o traslados de pacientes que no hayan sido reportados por el personal asistencial para contar con informacion confiable de los pacientes efectivamente hospitalizados, reportando cualquier novedad al profesional de autorizaciones.	100%	Se realiza censo Observacion y hospitalizados verificando que el paciente este hospitalizado en la cama y coincida con el del sistema	BITACORA POR SIIES CORRESPONDIENTE
h.entregar las autorizaciones de servicios de urgencias , observacion y hospitalizacion con todos los soportes para el cobro efectivo de los servicios.	100%	Se realiza consulta del cuadro de contratacion para la solicitud de autorizaciones	SIIES
i. Realizar verificacion de la documentacion de los usuarios para la autorizacion de los servicios de procedimientos quirurgicos ambulatorios	100%	Se realiza verificacion de derechos a los usuarios que ingresaron por el servicio de cirugia programada	SIIES
j. verificar de manera oportuna los listados de programacion de cirugia en cuanto a autorizaciones y seguridad social se refiere	100%	Se realiza consulta del cuadro de contratacion para la solicitud de autorizaciones	BITACORA CORRESPONDIENTE A DIARIO
k. abrir ingreso para los pacientes con cirugias programadas y realizar hoja de ruta	100%	Se abre ingreso para cx programadas y se realiza el adecuado diligenciamiento de los documentos que soporten.	SIIES-CORREOS
L. Realizar las demas actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de ejecucion, acordes con el objeto del mismo aplica para urgencias	100%	Se realizan todas la actividades asignadas y establecidas durante el mes por la subred	
M. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el preceso de acreditacion que apuntan al mejoramiento continuo de la entidad .	100%	Se participa en las actividades programadas por la referente para la socializacion de temas relacionados con la acreditacion	
N. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad haciendo enfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad. con el fin de apoyar a la acreditacion del hospital.	100%		
O. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el hospital para la implementacion de los sistemas integrados de gestion de la calidad y control en enfasis en la acreditacion de ls entidad	100%	Se participa en las actividades programadas por la referente para la socializacion de temas relacionados con la acreditacion	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,562,000 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS

Paola Cardona

PAOLA ANDREA CARDONA FLOREZ CC 1033767082

Luz Mary Torres R

LIDER DE PROCESO

LUZ MARY TORES RICON

Fecha : 2018

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033767082		CARDONA FLOREZ PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 49 SUR No. 15 A 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7601761	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	8483704724	8483704724	I	2018/10/19	2018/10/08	BANCO BOGOTA	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1033767082	CARDONA PAOLA	230301	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/10/06 11:00 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033767082		CARDONA FLOREZ PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 49 SUR No. 15 A 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7601761	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	8483704724	8483704724	I	2018/10/19	2018/10/08	BANCO BOGOTA	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

2018/10/06 11:00 AM

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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	1033767082
NOMBRES	PAOLA ANDREA
APELLIDOS	CARDONA FLOREZ
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	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	16/09/2000	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 10/16/2018 08:38:15 | **Estación de origen:** | 190.24.142.66

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