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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KELY JOHANA SIERRA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.049.432.145						
CORREO ELECTRONICO:	kellyjohanasierra@hotmail.es				CELULAR:	321-350-48-80						
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	7380842661								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2730-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10			
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP	45522	FECHA	31/10/2018			
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	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:	$15.620.000
VALOR EJECUTADO	$15.463.802
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.405.802
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$156.198
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
1016228672	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

Luz Mary Torres

LUZ MARY TORRES RINCON
LIDER DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES SUBREDSUROCCIDENTE

Kely Johana Sierra 1049432[illegible]

KELY JOHANA SIERRA
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**AUTORIZACIONES**		**Sede: CAMI II**							
No. DE CONTRATO:	**2730-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**KELY JOHANA SIERA**		**C. C.**	1.049.432.145			**DE**	GUACAMAYAS(BOY)	

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.

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 urgencias	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%	Solicitar la respectiva Autorizacion a las diferentes Eps	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 aplica la Norma realizando los 3-envios y 4-Ente territorial en lazo de 30-minutos cada Uno	SIIES
e. Asignar citas de urgencia y prioritarias teniendo en cuenta el orden cronologico de disponibilidad de citas y los requerimientos de los usuarios.			
f. Hospitalizar administrativamente a los usuarios de la institucion, realizar traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio			
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.			
h.entregar las autorizaciones de servicios de urgencias , observacion y hospitalizacion con todos los soportes para el cobro efectivo de los servicios.	100%	Se hace Registro en la Biitocora,dejando escrito la respectiva Autorizacion y verificacion del estado del paciente con la Eps	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 urgencias para Cx Programada	SIIES
j. verificar de manera oportuna los listados de programacion de cirugia en cuanto a autorizaciones y seguridad social se refiere			
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 y Jefe Inmediato	
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 .			
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.			
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			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.562.000 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS

Kely Johana Sierra 1049432145.

KELY JOHANA SIERRA C.C 1.049.432.145 AUTORIZADORA

Luz Mary Torres R

LUZ MARY TORRRES RINCON

LIDER DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES SUBREDSUROCCIDENTE

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

Simple

PAGOSIMPLE | DETALLADO POR ADMINISTRADORA

Fecha Creación Reporte	2018-11-16, 12:20:41 PM	**Tipo Planilla**	I: Planilla independientes	**Número Planilla**	1016228672
Periodo Cotización	2018-10	**Periodo Servicio**	2018-10	**Referencia pago (PIN)**	8874971840

PAGADO 16/11/2018

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KELLY JOHANA SIERRA		
Documento	CC1049432145	**Dirección**	CRA 123 N 17 F 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	U
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

AFP

Código	Nit	AFP	Cotización	Cotización Vol Afiliado	Cotización Vol Aportante	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Dias de mora	Intereses Mora	Int Mora FSP Solidaridad	Int Mora FSP Subsistencia	Total a pagar	No. Afiliados
231001	N800227940	COLFONDOS	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	2	$ 200	$ 0	$ 0	$ 125,200	1

EPS

					Incapacidades		Licencia de Maternidad											
Código	Nit	EPS	Valor Total	UPC	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Neto	Dias Mora	Interes Mora	Int. Mora UPC	SubTotal Cotización	SubTotal UPC	No. Rad Saldo a Favor	Saldo a favor Cot Oblig	Saldo a favor UPC	Total a pagar	No. Afiliados
EPS017	N830003564	FAMISANAR EPS	$ 97,700	$ 0		$ 0		$ 0	$ 97,700	2	$ 200	$ 0	$ 97,900	$ 0	0	$ 0	$ 0	$ 97,900	1

ARP

				Incapacidades										
Código	Nit	ARP	Cotización	No. Autorizacion	Valor	Aporte otro riesgo	Valor Neto	Dias Mora	Int. Mora	SubTotal Cotizacion	No. Saldo a favor	Valor saldo favor	Total a pagar	No. Afiliados
14-28	N800256161	ARP SURA	$ 19,100		$ 0	$ 0	$ 19,100	2	$ 100	$ 19,200	0	$ 0	$ 19,200	1

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Pensión	$ 125,000	$ 125,200	1
Gran Total	**$ 125,000**	**$ 125,200**	1

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

TOTALES

Tipo Administradora	Valor Antes de Descuentos y mora	Valor Total	No. Administradoras
Salud	$ 97,700	$ 97,900	1
Riesgos	$ 19,100	$ 19,200	1
Gran Total	**$ 241,800**	**$ 242,300**	3

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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	1049432145
NOMBRES	KELY JOHANA
APELLIDOS	SIERRA
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	01/03/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 11/18/2018 07:29:01 | **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

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	1049432145	SIERRA		KELY	JOHANA	2018-09	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1049432145	SIERRA		KELY	JOHANA	2016-05	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2017	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2016	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2016	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2016	31/01/2016	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2016	31/01/2016	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2016	31/01/2016	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2016	31/01/2016	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2016	31/01/2016	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2016	31/01/2016	21	COTIZANTE	4023

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido | **2do Apellido**

1er Nombre | **2do Nombre**

Tipo De Documento [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ] CD **No. De Documento**

Dirección Residencia

Departamento **Código** **Teléfono**

Municipio Residencia **Código** 000

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo De Referencia **Remisión** [ ] **Orden De Servicio** [ ]

Fecha De Remisión / / **A Las** :

Prestador Que Remite

Código De Inscripción

Profesional Que Remite **Cargo:**

Fecha De Aceptación / / **A Las** :

Prestador Que Recibe

Codigo De Inscripción

Profesional Que Recibe **Cargo:**

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS.

Datos Del Vehículo **Placa No.**

Transporto La Victima Desde **Hasta**

Tipo De Transporte **Ambulancia Básica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar Donde Recoge La Víctima** [ ] U [ ] R

IX. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha De Ingreso 19/08/2018 **A Las** 03:00 **Fecha de Egreso** 19/08/2018 **A Las** 03:44

Código Diagnóstico Principal De Ingreso **Código Diagnóstico Principal De Egreso** S071

Otro Código Diagnostico De Ingreso S071 **Otro Código Diagnóstico De Egreso** S071

Otro Código Diagnóstico De Ingreso **Otro Código Diagnóstico De Egreso**

PATERNINA
1er Apellido Del Médico O Personal Tratante

BERNAL
2do Apellido Del Médico O Personal Tratante

CHRISTIAN
1er Nombre Del Médico O Personal Tratante

ALFONSO
2do Nombre Del Médico O Personal Tratante

Tipo De Documento [X] CC [ ] CE [ ] PA

No. Del Documento 1140869276

No. Registro Medico 1140869276

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	181.548,00	181.548,00
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA	0,00	

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico numero 2.

XI. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaró bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañia de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO

Nombre

Firma Del representante Legal, Gerente O Su Delegado