

 Sistema de Salud Sistema Integrado 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:				Kelly Johanna Guzman Cediell											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO.		1.121.853.245						
CORREO ELECTRONICO:				johana.guzman88@gmail.com				CELULAR:		3102483990					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PROGRAMA ESPECIAL DIRECCION HOSPITALARIA				SEDE:		Kenhedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		U01	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24073372576				PENSIONADO							

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				6106-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3	
NÚMERO DE CDP		1990	FECHA	12/12/2018	NÚMERO DE CRP		50528	FECHA		17/12/2018			
		26	10/01/2019				11363			15/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.678.522									
TIPO DE SERVICIOS				RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES: 186 HRS													

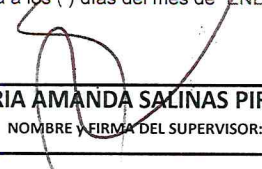
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$9.318.922
VALOR EJECUTADO	\$9.318.922
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.678.522
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
8331921763	\$1.471.408,00	\$184.500	\$236.100	3	\$36.000	\$456.600

Dado en Bogotá a los () días del mes de ENERO del año Dos Mil xxxx (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:



KELLY JOHANNA GUZMAN CEDIEL
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	Dirección de Servicios Hospitalarios	Sede: Kennedy
No. DE CONTRATO:	6106-2018	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Johanna Guzman Cediell	C. C. 1.121.853.245 DE Villavicencio

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar Base de Datos	Enviar a SDS Trimestral 5 días del mes correspondiente	Se realizaron informes: 1. Base de datos de TB 2. Alimentar la base de datos a Diario 3. Recoger Informacion en Laboratorio Clinico.	Base de Datos TB
Participación en COVES	Según Caso Programado	Se realizo autoevaluación con el equipo de la mesa encontrando hallazgos de mejora para evitar planes de mejora.	Actas, autoevaluacion y Plan de Mejora
Realizar Agenda Mensual Especialistas del Programa Especial	Mensual 10 días de cada mes	Coordinar con las especialidades la jornada para atender en consulta externa y enviar a consulta para su habilitacion.	Envio Via Email a Jefe de Consulta Externa.
Proyectar respuestas a solicitudes de entes de control	Según Solicitud.	Se proyectó y elaboró respuestas a SDS y personería.	Oficios de respuesta
Realizar Base de Datos HIV e Indicadores	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Alimentar Base de datos a diario con requisitos exigidos por la SDS	Presentación para referentes de SDS
Asistir a reuniones convocadas por la Direccion Hospitalaria	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Participar de las reuniones y retroalimentar el programa con lo que se socialice.	Actas de Asistencia
Seguimiento a pacientes de programa especial	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes.	Se realiza seguimiento en conjunto con trabajo social de afiliacion.	Actualizacion de Base de Datos
Notificacion de pacientes ante SIVIGILA HIV y TB	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Eventos nuevos presentar ficha de notificacion a Epidemiologia para notificacion ante SIVIGILA	Base de Datos
Participacion de reuniones de Laboratorio Centralizado	5 primeros días cada 2 meses.	Asistencia y participacion para consolidar hallazgos en la documentacion de laboratorios enviados al centralizado de pacientes del programa especial hospitalizay y de urgencias.	Acta de Asistencia y plan de mejora si se requiere
Participacion a Red Distrital	Trimestral tercer miercoles	Asistencia y participacion	Acta de asistencia
Presentacion y direccionamiento de los pacientes afiliados a EPS-S	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Presentacion de pacientes ante EPS-S con respectiva ficha y soportes debidamente relacionados.	Actualizar y guardar en Base de Datos
Pedido de Medicamentos para Tratamiento de TB a la SDS	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Solicitud con soportes de Medicamentos si asi lo solicitan, el cual esta en control de la farmacia de urgencia	Control con Planilla ante la SDS
Pedido de Medicamentos y notificacion de SIVILA ante una Enfermedad por Vectores en Horario habil	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Hacer solicitud de medicamentos al ENTE encargado. En horario habil previa a su notificacion	Envio de Ordenes y soportes al Ente encargado.
Realizar actualizaciones de Protocolos, Rutas Guías.	Primera, segunda, tercera y cuarta semana del mes	Subir actualizacion de protocolos guias y rutas enviar a calidad para aprobacion y previo subir ALMERA	Envio de Protocolos, Guías y rutas Actualizados a Calidad.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$ 3.678.522)Tres Millones seiscientos setenta y ocho mil quinientos veintidos mil

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

supervisor: Gloria Amanda Salinas Pijaran
Directora Hospitalaria

Señor(a): KELLY JOHANNA GUZMAN CEDIEL
No. Identificación: CC 1121853245
Dirección: CARRERA 86A N40C-16 SUR
Teléfono: 3102483990 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332449763

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGÓ

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	KELLY JOHANNA GUZMAN CEDILLO
Tipo y Número de Identificación	CC 1121853245
Número Planilla	8332449763
Fecha de Pago	1/17/2019
Número de Autorización de Pago	32449763
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$456.600
Total Interés Mora	\$1.200

[illegible]

TIPO DOCUMENTO:		CC								
NO. DOCUMENTO:		1121853245								
APELLIDOS Y NOMBRES		GUZMAN CEDIEL KELLY JOHANNA								
COD EPS	COD AFP	IPC	IBO SALUD	IBO PENSION	IBO RIESGOS	IBO CALA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FORMA SOLICITUD
EPS017	25-14	0	1.471.408	1.471.408	1.471.408	0	184.000	235.500	35.900	0

[illegible]

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CC: 1721 E53 245

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 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 remitase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO							
CC	NÚMERO DE AFILIACIÓN	NOMBRE DEL AFILIADO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO NOMBRE	EPS/EOC	TIPO DE AFILIACIÓN
CC	1121853245	GUZMAN	CEDIEL	KELLY	JOHANNA	2018-11	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO
							COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS			
PERÍODO	EPS/EOC	VALOR	TIPO DE AFILIACIÓN
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2016	21	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2016	18	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2014	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2014	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2014	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2014	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2014	30	COTIZANTE