1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0317 2019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES / ADMISIONES
				Unidad a la que pertenece:	VICTORIA

Nombre del Contratista:	ANTHONY JIMENEZ MORENO	**C.C.**	1.143.121.081	**de:**	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2019-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2019-31-10	**Valor Mensual:**	$ 1.455.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.050.000		2019-02-16	2019-07-15
2	$ 2.910.000		2019-07-16	2019-09-15
3	$ 2.910.000		2019-09-16	2019-11-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 705.000	$ 241.800	8331949676
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 257.500	8332870442
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 256.300	8333474330
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 258.100	8334085096
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 256.300	8334730612
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 257.300	8335369838
7	JULIO	$ 705.000	$ 256.300	8335950570
8	JULIO	$ 727.500	$ 256.300	8335950570
9	AGOSTO	$ 1.455.000	$ 256.300	8336608166
10	SEPTIEMBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	8337247728
11	OCTUBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	8837881635
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.410.000	$ 14.280.000	$ 13.552.500	$ 727.500

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - ADMISIONES

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-10 **Hasta:** 2019-31-10

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Registrar e ingresar el 100% de los usuarios en sistema de información Dinámica Gerencial en el módulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias	11. Realizar contacto con las entidades para reporte y solicitud de autorizacion de la atencion de urgencias, orden de Hospitalizacion y/o procedimientos adicionales a traves de los medios establecidos en la Resolucion 3047/2018 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado
2	2. Registrar la información de los usuariosen el sistema de información DGH tales como No. de documento de identidad, nombres y apellidos,dirección, teléfono, nombre del acompañante	12. Reportar a pagadores las tecnologias NO PB del regimen subsidiado y realizar seguimiento a respuestas y devoluciones
3	3. Apoyar el proceso de verificación de ingreso y/o reingreso de pacientes en el sistema de información DGH,adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizarla información cuando corresponda.	13. Verificar en el correo electronico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se les haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos , con el fin de garantizar que se emita la autorizacion correspondiente
4	4. Verificar en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador web, etc.), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por numero de documentos como por nombres y apellidos	14. Registrar en matriz de seguimiento y base de datos (SIIES) el resultado de la autorizacion u observaciones pertinentes en cada solicitud
5	5. Imprimir y guardar registro en SIIES todos los pantallazos de afiliación del paciente	15. Reportar a la dependencia de Trabajo Social o a la que haga sus veces los casos donde deben intervenir
6	6. Apoyar y entregar los formatos de consulta de urgencias a los usuarios y pacientes que lo requieran	16. Verificar que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con autorizacion correspondiente
7	7. Realizar las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda	17. Entregar contra registro el libro de reporte del 100% de las novedades que se presenten en ejecucion del objeto contractual
8	8. Verificar en todos los casos la seguridad social del paciente independientemente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir linea	18. Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S
9	9. Realizar el censo de los pacientes que se encuentren en el servicio a cargo verificando cama por cama contra historia clinica los procedimientos realizados, el estado de afiliacion del paciente y realizar las correcciones en caso en las que se	19. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area
10	10. Realizar la hospitalización y asignación de cama un DCH de todos los	20. Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

ANTONY JIMENEZ.

Firma del Contratista

C.C. 1.143.121.081 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	JIMENEZ MORENO ANTHONY
No. Identificación:	CC1143121081
Dirección:	CARRERA 78C NO 44 21 SUR
Telefono:	3940132
Correo:	anthony_3743@outlook.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8337881635

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JIMENEZ MORENO ANTHONY
Tipo y número de identificación	CC1143121081
Número de planilla	8337881635
Fecha pago	2019-10-07
Número de autorización pago	95335910
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	256300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20200	1
231001	Colfondos	132500	1
EPS002	Salud Total EPS	103600	1

8337881635

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1143121081
APELLIDOS Y NOMBRES: JIMENEZ MORENO ANTHONY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	231001	828116	828116	828116	0	103600	0	132500	0	20200	0

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JIMENEZ MORENO ANTHONY
No. Identificación: CC1143121081
Dirección: CARRERA 78C NO 44 21 SUR
Telefono: 3940132
Correo: anthony_3743@outlook.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8337881635

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JIMENEZ MORENO ANTHONY
Tipo y número de identificación	CC1143121081
Número de planilla	8337881635
Fecha pago	2019-10-07
Número de autorización pago	95335910
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	256300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20200	1
231001	Colfondos	132500	1
EPS002	Salud Total EPS	103600	1

8337881635

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1143121081
APELLIDOS Y NOMBRES: JIMENEZ MORENO ANTHONY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	231001	828116	828116	828116	0	103600	0	132500	0	20200	0

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