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:	MILTON ALEJANDRO MEJIA MORENO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80878125						
CORREO ELECTRONICO:	malejandro8825@hotmail.com				CELULAR:	3177108534						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	KE10						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SO4-KE10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870427350								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2758-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10971	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar apoyo como facturador de urgencias y hospitalizacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.562.000									
TIPO DE SERVICIOS		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:	$4.686.000
VALOR EJECUTADO	$4.686.000
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8478380248	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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

LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

MILTON ALEJANDRO MEJIA MORENO
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:	OFICINA FACTURACION			**Sede: UNIDAD KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	2758-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.018		30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILTON ALEJANDRO MEJIA MORENO		**C. C.**	80,878,125			**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 FACTURADOR -URGENCIAS Y HOSPITALIZACION de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a.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%	a. Se Realiza 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	a. Se evidencia 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
b.Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable	100%	b.Se Realiza la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable	b.Se evidencia la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable
c.Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.	100%	c.se Realiza el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.	c.se evidencia el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.
d.Reportar al área de Autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prorroga de servicios para la atención de los usuarios urgenciados y/o hospitalizados.	100%	d.se Reporta al área de Autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prorroga de servicios para la atención de los usuarios urgenciados y/o hospitalizados.	d.se evidencia el reporte al área de Autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prorroga de servicios para la atención de los usuarios urgenciados y/o hospitalizados.
e.Verificar y Realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren los servicios de las diferentes unidades, como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías ETC., de acuerdo a lo ordenado en por la parte asistencial	100%	e.se Verifica y Realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren los servicios de las diferentes unidades, como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías ETC., de acuerdo a lo ordenado en por la parte asistencial	e.se se evidencia cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren los servicios de las diferentes unidades, como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías ETC., de acuerdo a lo ordenado en por la parte asistencial
f.Realizar la liquidación de cuentas y facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los soportes necesarios por administradora y convenio (Evento), realizando el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario	100%	f.se Realiza la liquidación de cuentas y facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los soportes necesarios por administradora y convenio (Evento), realizando el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario	f.se evidencia la liquidación de cuentas y f
h.Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito)	100%	h.Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito)	h.se evidencia la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito)
i.Hacer la entrega diaria de las facturas por la modalidad de FFD y EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historias clínicas, epicrisis, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT)	100%	i.se Hace la entrega diaria de las facturas por la modalidad de FFD y EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historias clínicas, epicrisis, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT)	EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historias clínicas, epicrisis, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016
j.Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.	100%	j.se Garantiza que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.	j.se evidencia que se Garantiza que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.
k. Realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	100%	k. se Realiza el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	k. se evidencia que se Realiza el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos
l.Realizar corrección de las facturas devueltas por los Revisores de cuentas de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la devolución de la factura.	100%	k. se Realiza el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	k. se evidencia que se realiza el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos
m.Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	m.se Solicita la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	m.se evidencia que se Solicita la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
n.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	n.se Cumple con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	n.se evidencia que se Cumple con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
ñ.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%	ñ.se Responde 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)	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

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

MILTON ALEJANDRO MEJIA MORENO CC 80,878,125 Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : 30/04/2018 Firma de recibido supervisor:_____

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 80878125		MEJIA MORENO MILTON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle93b sur 14b-77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7683820	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	17683650	8478380248	I	2018/04/06	2018/04/09	BANCO DE OCCIDENTE	3	$256,400

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			$689,455	$13,800			$781,242	$19,100		$689,455	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$689,455	$13,800			$781,242	$19,100		$689,455	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$689,455	$13,800			$781,242	$19,100		$689,455	$0
1	CC	80878125	MEJIA MILTON	230301	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$689,455	$13,800	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$689,455	$0
Total		**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$689,455	$13,800			$781,242	$19,100		$689,455	$0

PAGADO

2018/04/09 05:27 PM

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 80878125		MEJIA MORENO MILTON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle93b sur 14b-77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7683820	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

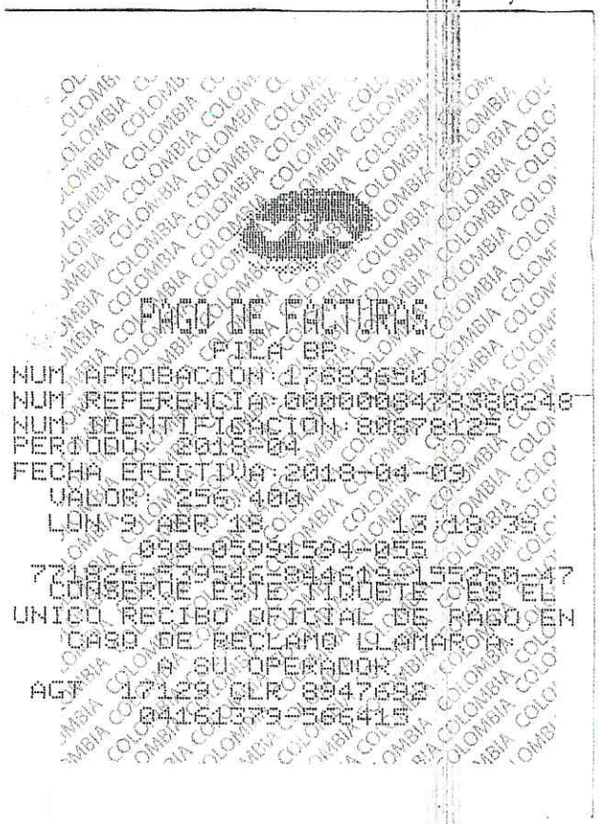
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	17683650	8478380248	I	2018/04/06	2018/04/09	BANCO DE OCCIDENTE	3	$256,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$300	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$300	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$100	$0	$19,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$100	$0	$13,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$13,800	$100	$0	$13,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$300	$0	$98,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$300	$0	$98,000
TOTAL				1	$255,600	$800	$0	$256,400

PAGADO

2018/04/09 05:27 PM



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION 176836501
NUM REFERENCIA 000000847833024
NUM IDENTIFICACION 80878125
PERIODO 2018-04
FECHA EFECTIVA 2018-04-09
VALOR 256.400
LUN 9 ABR 18 13:18:36
099-059315944-055
771825-679546-844613-155260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A
A SU OPERADOR
AGT 17129 CLR 8947692
04161379-566415

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	80878125	MEJIA	MORENO	MILTON	ALEJANDRO	2018-03	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2017	11/02/2009	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	Milton Alejandro Mejia Moreno
Periodo:	01/03/2018 - 31-03-2018

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Central de Cuentas	No. Facturas devueltas por Central de Cuentas	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
Semana 1	102	75.892.945	33	0	5	6.885.685					2	0
Semana 2	113	174.341.307	161	0	7	15.809.817						
Semana 3	38	56.254.709	25	0	1	636.505						
Semana 4	103	117.862.575	103	0	3	2.370.453						
Semana 5	0	-	0	0	0	-						
Total	356	$ 424.351.536	322	0	16	$ 25.702.460	0	$ -	0	0	2	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Firma Colaborador: (Contratista)

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	Milton Alejandro Mejia Moreno
Periodo:	01/04/2018 - 06-04-2018

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Central de Cuentas	No. Facturas devueltas por Central de Cuentas	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
Semana 1	132	158.574.217	132	0							2	0
Semana 2				0								
Semana 3				0								
Semana 4				0								
Semana 5				0								
Total		$ 158.574.217		0			0	$ -	0	0	2	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Firma Colaborador: (Contratista)