

 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 TESORERÍA				Versión 3		Fecha de aprobación 15/02/2018		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				VILLA GARCIA ARMANDO							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.022.954.964		
CORREO ELECTRONICO:				DEARMANDO44@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3158171343	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				IMÁGENES DIAGNOSTICAS				SEDE:		KE10	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		S04-KE10	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				0005-7010-0495				PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2814-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3	
NÚMERO DE CDP		35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		11027	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	ABR	2018		30	ABR	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.437.000							
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			
OBSERVACIONES:											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO								VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$4.311.000			
VALOR EJECUTADO								\$4.311.000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.437.000			
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los pagos 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		
1012280299	\$ 781.242	\$97.700		\$125.000		3	\$19.100		\$241.800		
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						 VILLA GARCIA ARMANDO CONTRATISTA					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2		Fecha de aprobación: 03/04/2017		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.				
				Código: 04-02-FO-0003								
Ubicación del Servicio:		Imágenes Diagnosticas			Sede:							
No. DE CONTRATO:		2814-2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	ABRIL	2.018		30	ABRIL	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		VILLA GARCIA ARMANDO			C. C.		1.022.954.964		DE		BOGOTA	
OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional												
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%		Ejecute la comprobación de derechos de los pacientes que ingresan al servicio de consulta externa. Para su proceso de autorización de pagador.Autorizaciones vencidas que fueron remplazadas por capital salud. Realice el cierre de las facturas luego de la verificación del comprobador de derechos , fofya y capitados acorde al respectivo pagador del usuario.y el respectivo procedimiento a realizar				se entrego las facturas debidamente soportadas y con su respectiva verificación en comprobador de derechos, fofya.				
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 en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E		100%		se realizo la admision correspondiente al paciente llenando toda la informacion requerida por el sistema Hosvital,para asi garantizar el completo registro de informacion del paciente.				Queda registrada satisfactoriamente los datos de la admision del paciente.				
C.Verificar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para la asignación del servicio ambulatorio		100%		se verifico la matriz de contratacion vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para realizar la asignacion del servicio ambulatorio requerido por el usuario.				se entrego al paciente la asignacion del servicio requerido.				
D.Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.		100%		se verifico el soporte de las autorizaciones de los diferentes pagadores según la modalidad de contratacion.				se verifico el soporte de las autorizaciones de los diferentes pagadores según la modalidad de contratacion.				
E.Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades.		100%		se realizo la asignacion de citas medicas solicitado por el paciente de consulta externa de la especialidad IVAGENELOGIA (rx,tac,ecografia convencional,ecografia obstetrica,duplex) para todas las unidades de la subred				se le entrego al paciente la cita correspondiente al procedimiento solicitado.				
F.Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario.		100%		se genero la facturacion de los servicios asignados, de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente,se realizo la recaudacion de dinero a los pacientes con copago y los particulares, ese recaudo se entrega diariamente en la caja principal.				se entrego al paciente su respectiva factura del servicio asignado con su respectivo recibo de caja si genero copago.				
G.realizar diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro		100%		Se realizo diariamente el cierre de caja siguiendo el procedimiento establecido, se realizo la entrega de dinero recaudado diariamente al area de tesoreria.				se entrego el dinero recaudado al area de tesoreria diariamente, y el cierre de caja.				
H. 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, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 656 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT)		100%		se realizo la entrega diaria de la facturacion de FFD, CAPITAL EVENTO,CAPITAL AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT,adjuntando su debido soporte del procedimiento facturado.				se realizo la entrega diaria de la facturacion de FFD, CAPITAL EVENTO,CAPITAL AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT,adjuntando su debido soporte del procedimiento facturado.				
I.Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.		100%		se garantiza que para el ultimo dia del mes sean entregadas y soportadas la totalidad de la facturacion del FFD, CAPITAL EVENTO,CAPITAL AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT				se garantiza que para el ultimo dia del mes sean entregadas y soportadas la totalidad de la facturacion del FFD, CAPITAL EVENTO,CAPITAL AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT				
J.Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos		100%		se realizo el seguimiento de las admisiones ambulatorias para asi mismo realizar la facturacion de los servicios prestados.				se realizo el seguimiento de las admisiones ambulatorias para asi mismo realizar la facturacion de los servicios prestados.				
K. Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manera oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas		100%		se realizo la correccion de las facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				se realizo la correccion de las facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				
L. 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%		se realizo la anulacion de las facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				se entrego al señor encargado de las anulaciones VICTOR GOMEZ las facturas para su respectiva anulacion del servicio requerido				
M.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		100%		se cumplio con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				se cumplio con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				
N. 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%		se respindio oportunamente las solicitudes realizadas desde el area de facturacion y glosas en la consecucion 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)				se respindio oportunamente las solicitudes realizadas desde el area de facturacion y glosas en la consecucion 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)				
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR (UN MILLONCUATROCIENTOS TREINTAY SIETE M/CTE 1.437.000)												
Asmendo villa G.					supervisor:							
VILLA GARCIA ARMANDO CC: 1022554964					LIDER DE PROCESO DE FACTURACION							



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Número Planilla:

1012280299

Fecha creación reporte: 2018-04-10, 09:12:15 AM

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: abril de 2018

Período Servicio: abril de 2018

PAGADO 04/04/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARMANDO VILLA GARCIA	Dirección	KR 2 A BIS ESTE 97 24 SUR SERRANIAS
Documento	CC1022954964	Teléfono	3158171343
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA	Identificación	CC 1022954964
Representante Legal	VILLA GARCIA ARMANDO	ARP	ARP SURA
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Beneficiario	Asignación	Tipo Cotización	Sueldo Cotización	Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total
				RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	
CC 1022954964	ARMANDO VILLA GARCIA	59	00																										\$ 257.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	IBC Cajas	Aportes Penalón	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor EPS	Incapacidades, ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 781.242	\$ 781.242	\$ 781.242	\$ 781.242	\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 97.710	\$ 10.100	\$ 15.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 257.500	\$ 0	\$ 257.500

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. Si 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	1022954964	VILLA	GARCIA	ARMANDO		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	31/01/2013	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	31/01/2013	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	31/01/2013	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	31/01/2013	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	31/01/2013	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN												
Nombre Contratista:		Armando villa garcia										
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	36	2.959.475	35		1	46.880						
Semana 2	116	12.556.631	112		2	741.586						
Semana 3	95	10.581.808	88		4	794.331						
Semana 4	34	5.189.135	9									
Semana 5	30	36.057.595	0									
Total	311	67.344.644	244									
Marzo entregadas en Abril.												
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	
Armando villa garcia	
Firma Colaborador: (Contratista)	

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:

ARMANDO VILLA GARCIA

Periodo:

01/04/2018 - 08-04-2018

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	96	10.391.008	94									
Semana 2												
Semana 3												
Semana 4												
Semana 5												
Total	96	\$ 10.391.008	94	0	0	0						
Mayo entregadas de Abril.			0									
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:

Armando Villa

Firma Colaborador: (Contratista)