

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		<p>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</p>		<p>Fecha de aprobación 15/02/2018</p>		<p>Código: 04-02-FO-0002</p>		 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Oficina de Asesoría Jurídica N.º 2</p>	
				<p>Versión 3</p>					

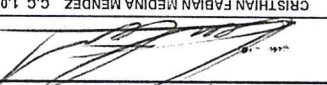
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										NOMBRE DEL CONTRATISTA:										CRISTHIAN FABIAN MEDINA MENDEZ																																																																																																																																											
TIPO DE DOCUMENTO:										C.C.										X										C.E.										NO.										1023692539																																																																																																													
CORREO ELECTRONICO:										lfjaraq@subredsuroccidente.gov.co										CELULAR:										3178687918																																																																																																																																	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:										SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E										UBICACIÓN DEL SERVICIO:										FACTURACION										SEDE:										KE10																																																																																																													
CENTRO DE COSTOS:										Centro de costo										%										Centro de costo										%										Centro de costo										%										Centro de costo										%																																																																															
ENTIDAD FINANCIERA:										DAVIENDA										TIPO DE CUENTA:										Ahorros										PENSIONADO										No																																																																																																													
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA										475070021716										PENSIONADO										No																																																																																																																																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:										2815-2018										Nº DE PAGOS DEL CONTRATO										1 de 5																																																																																																																							
NÚMERO DE CDP										35										FECHA										12/01/18										NÚMERO DE CRP										11028										FECHA										31/01/18																																																																																									
OBJETO DEL CONTRATO:										PRETARS APOYO COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO 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 A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN.										PERÍODO CERTIFICADO:										DESDE										DIA										MES										AÑO										HASTA										DIA										MES										AÑO										VALOR HONORARIOS MENSUALES:										\$1.591.000																																							
TIPO DE SERVICIOS										Administrativo										RESERVA DE GLOSA 2%										\$0										OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alívos tributarios) es de anotar que para los alívos tributarios se debe allegar los soportes.										CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										CONCEPTO										VALORES										\$4.773.000										\$3.659.297										\$1.591.000										\$0										\$1.113.703										77%																													
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										8477773322										IBC DE COTIZACIÓN										781.242										APORTE A SALUD 12,5% IBC										\$97.700										APORTE PENSION 16% IBC										\$125.000										NIVEL ARL										3										APORTE ARL										\$19.100										TOTAL APORTES										\$241.800									
Dado en Bogotá a los () días del mes de ABRIL del año dos mil Diez y ocho 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										CRISTHIAN FABIAN MEDINA MENDEZ										LIDER DE FACTURACION SUBRED SUR OCCIDENTE										NOMBRE Y RUTNA DEL SUPERVISOR																																																																																																																																	

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	Versión 2	Fecha de aprobación 03/04/2017	Código: 04-02-FO-0003
	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Ubicación del Servicio: FACTURACION Sede: HOSPITAL KENNEDY		

No. DE CONTRATO: 2815-2018		Período certificado desde Día Mes Año 1 4 2018	C. C. 1.023.892.539	DE BOGOTÁ
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CRISTHIAN FABIAN MEDINA MENDEZ				

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. ORGANIZACIÓN DE FACTURAS POR PARTE DE LA OFICINA DE FACTURACION EN ORDEN CONSECUTIVO	100%	1. ORGANIZACIÓN DE FACTURAS POR PARTE DE LA OFICINA DE FACTURACION EN ORDEN CONSECUTIVO	1. SE REALIZA LA ORGANIZACIÓN LAS FACTURAS EN ORDEN CONSECUTIVO POR PARTE DE LA OFICINA DE FACTURACION
2. ARCHIVO DE LAS FACTURAS EN CAJAS DEBIDAMENTE MARCADAS Y ORGANIZADAS PARA LA BUSQUEDA REQUERIDA	100%	2. ARCHIVO DE LAS FACTURAS EN CAJAS DEBIDAMENTE MARCADAS Y ORGANIZADAS PARA LA BUSQUEDA REQUERIDA	2. SE ARCHIVA LAS FACTURAS EN CAJAS DEBIDAMENTE MARCADAS Y ORGANIZADAS PARA LA BUSQUEDA REQUERIDA
3. SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS EN LOS CASOS QUE SEA REQUERIDO PARA LA MUESTRA DEL FPS	100%	3. SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS EN LOS CASOS QUE SEA REQUERIDO PARA LA MUESTRA DEL FPS	3. SE REALIZAN LAS SOLICITUDES DE LAS HISTORIAS CLINICAS PARA EL FPS EN LOS CASOS QUE FUERON REQUERIDAS
4. RECEPCION Y PUNTEO DE FACTURAS ENTREGADAS POR LOS FACTURADORES DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS	100%	4. RECEPCION Y PUNTEO DE FACTURAS ENTREGADAS POR LOS FACTURADORES DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS	4. SE PUNTEA TODAS LAS FACTURAS ENTREGADAS POR LOS FACTURADORES DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS
5. APOYAR EN EL PROCESO DE BUSQUEDA Y RELACION PARA LA CONTESTACION DE GLOSA	100%	5. APOYAR EN EL PROCESO DE BUSQUEDA Y RELACION PARA LA CONTESTACION DE GLOSA	5. SE APOYA EN EL PROCESO DE BUSQUEDA Y UBICACION PARA LA CONTESTACION DE LA GLOSA
6. COLABORAR EN EL PROCESO DE RADICACION DE CUENTAS	100%	6. COLABORAR EN EL PROCESO DE RADICACION DE CUENTAS	6. SE REALIZA EL PROCESO DE RADICACION DE CUENTAS
7. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR QUIEN EJERCE EL CONTROL DE LA EJECUCION DEL CONTRATO, ACORDES CON EL OBJETO	100%	7. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR QUIEN EJERCE EL CONTROL DE LA EJECUCION DEL CONTRATO, ACORDES CON EL OBJETO	7. SE REALIZA LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR QUIEN EJERCE EL CONTROL DE LA EJECUCION DEL CONTRATO, ACORDES CON EL OBJETO
8. PARTICIPAR ACTIVA Y PROACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION EN EL PROCESO DE ACREDITACION QUE APUNTAN AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ENTIDAD	100%	8. PARTICIPAR ACTIVA Y PROACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION EN EL PROCESO DE ACREDITACION QUE APUNTAN AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ENTIDAD	8. SE REALIZA LA PARTICIPACION ACTIVA Y PROACTIVA DE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE SEAN PROGRAMADAS PARA EL PROCESO DE ACREDITACION QUE APUNTAN AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ENTIDAD
9. CONOCER e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la Entidad, con el fin de apoyar a la Acreditación del Hospital	100%	9. ORGANIZAR LAS FACTURAS GENERADAS DEL FONDO FINANCIERO MES POR MES Y DE CADA UNA DE LAS VIGENCIAS TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS POR GESTION DOCUMENTAL	9. SE ORGANIZA LAS FACTURAS QUE SE GENERAN DEL FONDO FINANCIERO DE CADA MES Y TENIENDO EN CUENTA LA VIGENCIA.
10. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y Control en énfasis en la Acreditación de la Entidad.	100%	10. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y Control en énfasis en la Acreditación de la Entidad.	10. INCORPORO Y APLICO LAS HERRAMIENTAS IMPARTIDAS POR EL HOSPITAL, IMPLEMENTANDO LOS SISTEMAS DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL EN LA ACREDITACION DE LA ENTIDAD.
11. Realizar las demas actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de ejecución del contrato, acordes con el objeto del mismo	100%	11. Realizar las demas actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de ejecución del contrato, acordes con el objeto del mismo	11. REALIZO LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR QUIEN EJERCE EL CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO, ACORDES CON EL OBJETO DEL MISMO.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.591.000 MCTE UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS MCTE	Fecha :  Cristhian Fabian Medina Mendez C.C 1.023.892.539 de Bogotá
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	div	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE	
CC 1023892339		MEDINA MENDEZ CRISTHIAN FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALE 66 SUR 72 C 06	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	4642290	ICBF	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	8477773322		1	2018/04/10	2018/04/06	BANCO BOGOTA	0	5241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100
1	CC 1023892339	MEDINA CRISTHIAN	231001	30	\$781,242	\$125,000	EP5016	30	\$781,242	\$97,700	0	0	\$0	\$0	14+28	30	\$781,242	\$19,100
Total Afiliados(1)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0	\$0			\$781,242	\$19,100

BOGOTÁ

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF	No
CC 1023892539		MEDINA MENDEZ CRISTHIAN FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 66 SUR 72 C 06	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	4642290		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora
2018-04		8477773322		8477773322	1	2018/04/10	2018/04/06	BANCO BOGOTÁ	0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,100	\$0	\$0	\$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$19,100	\$0	\$0	\$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
TOTAL				1	\$241,800	\$0	\$0	\$241,800

PAGAVALDO

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 SAVP 2011 y esta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

No records to display.							
TIPO	NÚMERO DE	PRIMER	SEGUNDO	PRIMER	SEGUNDO	ÚLTIMO PERÍODO	EPS / EOC
ID	DOCUMENTO	APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE	COMPENSADO	AFLIACIÓN

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

No records to display.							
TIPO	NÚMERO DE	PRIMER	SEGUNDO	PRIMER	SEGUNDO	ÚLTIMO PERÍODO	EPS / EOC
ID	DOCUMENTO	APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE	COMPENSADO	AFLIACIÓN

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO	NÚMERO DE	PRIMER	SEGUNDO	PRIMER	SEGUNDO	ÚLTIMO PERÍODO	EPS / EOC	TIPO
ID	DOCUMENTO	APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE	COMPENSADO	AFLIACIÓN	BENEFICIARIO
CC	1023892539	MEDINA	MENDEZ	CRISTHIAN	FABIAN	2018-03	COOMEVA E.P.S. S.A.	COTIZANTE
CC	1023892539	MEDINA	MENDEZ	CRISTHIAN	FABIAN	2014-06	SALUDCOOP E.P.S.	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS	FECHA DE	DÍAS	TIPO	NORMA
COMPENSADOS					

COOMEVA E.P.S. S.A.	03/2018	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	02/2018	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	01/2018	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	12/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	11/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	10/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S. S.A.	09/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023

EPS / EOC	PERÍODOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO	NORMA
COOMEVA E.P.S.	08/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	07/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	06/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	05/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	04/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	03/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	02/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	01/2017	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	12/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	11/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	10/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	09/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	08/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	07/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	06/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	05/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	04/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	03/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	02/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	01/2016	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	12/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	10/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	09/2015	01/11/2015	26	COTIZANTE	4023

Volver a Consultar

EPS / EOC	PERÍODOS	FECHA DE	DÍAS	TIPO	NORMA
COOMEVA E.P.S.	08/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	07/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	06/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	05/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	04/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	03/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	02/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	01/2015	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	12/2014	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	11/2014	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	10/2014	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	09/2014	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
COOMEVA E.P.S.	08/2014	01/11/2015	30	COTIZANTE	4023
S.A.					
COOMEVA E.P.S.	06/2014	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	05/2014	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	04/2014	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	03/2014	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	02/2014	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	01/2014	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	12/2013	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	11/2013	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023
SALUDCOOP E.P.S.	10/2013	01/11/2015	30	BENEFICIARIO	4023