

Centro de Costos R23

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUZ MELIDA SANCHEZ CACERES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		39616861						
CORREO ELECTRONICO:				lumesaca@hotmail.com				CELULAR:		3204838531					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:										FACTURACION					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				DEVOLUCIONES				SEDE:		KENNEDY					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		S04-SU-40	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				000570109702						PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2846-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 de 3	
NÚMERO DE CDP		35		FECHA		12/01/2018		NÚMERO DE CRP				FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO:				TECNICO ADMINISTRATIVO									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA	
						1		4		2018		30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.837.000									
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				NO	

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.

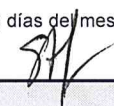
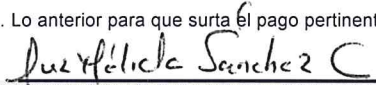
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$5.511.000
VALOR EJECUTADO	\$5.511.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.837.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
8477957676	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Abril del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR	 LUZ MELIDA SANCHEZ CACERES 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. Oficina de Planeación y Desarrollo
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION		Sede: UPA 11						
No. DE CONTRATO:	2846 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2018		30	4	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MELIDA SANCHEZ CACERES		C. C.	39,616.861			DE	FUSAGASUGA	

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 TECNICO ADMINISTRATIVO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir del area de cartera las devoluciones formuladas del 100% de los pagadores.	100%	SE RECIBIERON DEVOLUCIONES	ELABORACION DE OFICIOS PARA DIRECCIONAR A LAS AREAS RESPECTIVAS
2. Identificar los motivos de devolucion correspondientes, clasificar y entregar a los diferentes responsables de subsanar los motivos de devolucion; (RIPS, AUTORIZACION SOPORTES, CAMBIO DE PAGADOR,	100%	SE DISTRIBUYO LOS PAGADORES DE ACUERDO A LOS MOTIVOS	SE RADICARON OFICIOS A LAS DIFERENTES AREAS SOLICITANDO LOS SOPORTES REQUERIDOS
3. Realizar seguimiento de las respuestas a los diferentes responsables, recibir todas las respuestas de devoluciones, clasificar por pagador y elaborar respuesta al pagador, enviando a radicar.	100%	RECEPCIONAR LAS RESPUESTAS DADAS POR LAS DIFERENTES AREAS	CONTESTAR A LOS DIFERENTES PAGADORES DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS DADAS POR LAS AREAS
4. Verificar los soportes de las respuestas de las devoluciones, entregar para radicación y realizar seguimiento al radicado.	100%	ELABORACION DE OFICIOS CON RESPUESTA A LAS DIFERENTES ENTIDADES DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO ENTES Y RESGIMENES ESPECIALES	RADICACION A LAS DIFERENTES ENTIDADES
5. Elaborar informe de devoluciones mensual, detallando valor recibido en el mes, valor respondido en el mes, (por pagador, por fecha y por motivos de devolución).	100%	SE ELABORO INFORME HASTA EL 30 DE MARZO DEL 2018	SE ENTREGO EL INFORME MENSUAL
6. Entregar al Lider de Cuentas Medicas, informes semanales de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar y los motivos de la misma.	100%	SE VIENE REALIZANDO CONCILIACION Y DEPURACION CON LOS DIFERENTES PAGADORES	SE ENVIAN CORREOS, SE REALIZAN LLAMADAS TELEFONICAS SE ENVIAN LAS CARTERAS PARA EMPEZAR LA DEPURACION
7. Generar y entregar a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias presentadas en la respuesta de devoluciones del Hospital, con el respectivo plan de mejora sugerido.	100%	DE CUERDO A LOS RESULTADOS DE LAS AREAS SE INFORMA AL JEFE DANDO A CONOCER LAS FALENCIAS E INCONSISTENCIAS	SE OFICIA A LOS JEFES DE CADA AREA LAS FALENCIAS ENCONTRADAS PARA GENERAR FUTURAS MEJORAS
8. Analizar e informar los indicadores de devoluciones recibidas vs devoluciones contestadas.	100%	DE ACUERDO AL INFORME ENTREGADO MENSUALMENTE SE EVIDENCIA INDICADORES EN LA RADICACION	DE ACUERDO AL INFORME MENSUAL SE IDENTIFICA VALORES EN LA RADICACION Y RECEPCION PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS
9. Apoyar al servicio asignado en la solución de dificultades diariamente y la diligencia oportuna de la respuesta de devoluciones.	100%	SE ACUDE AL JEFE INMEDIATO CUANDO LAS AREAS NO NOS ENVIAN LOS SOPORTES PARA CONTESTAR EN LOS TERMINOS DE LEY	LOS JEFES DE LAS AREAS REALIZARAN EL SEGUIMIENTO Y NOS APOYAN EN LA GESTION DE LO SOLICITADO
10. Programar y asistir a las citas de conciliación necesarias para el tramite de las devoluciones.	100%	ENVIAR COMUNICADOS, CORREOS DERECHOS DE PETICION, ACERCAMIENTOS PERSONALIZADOS PARA PROGRAMAR CONCILIACION	SE ASISTE A LAS CITAS, SE ENVIAN LAS CARTERAS CON ANTELACION PARA LA DEPURACION DE LA INFORMACION, SE RECOPIA LA INFORMACION SOLICITADA
11. Planear y realizar el desarrollo de las capacitaciones sobre los motivos de devolución.	100%	EN EL MOMENTO QUE SEAN IDENTIFICADAS ESTAS FALENCIAS	SE REALIZARA CAPACITACIONES CON LAS AREAS INVOLUCRADAS PARA REFOZAR CONCEPTOS Y PROCESOS
12. Ingresar al aplicativo de Dinamica Gerencial las respuestas dadas a las diferentes entidades para cambiar el estado de la factura y poder realizar el seguimiento en la depuracion con Cartera.	100%	RECIBIDA LAS RADICACIONES REALIZADAS A LAS DIFERENTES ENTIDADES	SE SUBE INFORMACION DE DEVOLUCIONES PARA EL INFORME

OBSERVACIONES:

 LUZ MELIDA SANCHEZ CACERES C.C No. 39.616.861 de Fusagasuga	FIRMADE RECIBIDO SUPERVISOR 
--	---

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF											
CC 39616861		SANCHEZ CACERES LUZ MELIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 25 -47a -16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2044125	No											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago											
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor										
2018-04	2018-04	328051178		8477957676	I	2018/04/13	2018/04/09	BANCO DAVIVIENDA	0										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC		
Sucursal-PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0				\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0				\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0				\$0		
1	CC 39616861	SANCHEZ LUZ	210201	30	\$781,242	\$125,000	EP5044	30	\$781,242	\$97,700		0	\$0	\$0		14-28	\$0		
Total Afiliados(1)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$0				\$0		

PAGADO

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 39616861		SANCHEZ CACERES LUZ MELIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 25 -47a -16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2044125	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	328051178	8477957676	1	2018/04/13	2018/04/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$241,800
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	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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	
MEDIMAS EPS	EP5044	901,097,473	5	1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700	
TOTAL				1	\$241,800	\$0	\$0	\$241,800	

PAGADO



Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	192.168.12.90
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	8477957676
Valor:	241,800
Período de pago:	2018-04
No Transacción (CUS):	328051178
Fecha:	2018/04/09
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

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	39616861	SANCHEZ	CACERES	LUZ	MELIDA	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	39616861	SANCHEZ	CACERES	LUZ	MELIDA	2018-04	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	04/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	01/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	12/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	11/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	10/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	09/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	07/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	06/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	05/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	04/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023