Centro de Costo R23

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:	JAIRO HUMBERTO ROBAYO GARZON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	2.971.311						
CORREO ELECTRONICO:	jh.robayog@gmail.com				CELULAR:	3212882261						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	S04-SU40	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	.000500087689								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2850 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3				
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR 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									
PERIODO CERTIFICADO: ABRIL	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.837.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$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
8871611730	$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,

JAIRO HUMBERTO ROBAYO GARZON

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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-003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION					Sede:	UPA 11				
No. DE CONTRATO:	SO 2850 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	4	2.018		30	4	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAIRO HUMBERTO ROBAYO GARZON		C. C.	2,971,311			DE	BOSA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir del area de cartera las devoluciones formuladas del 100% de los pagadores.	100%	1. Se recibieron devoluciones del área de cartera de diferentes entidades como Nueva EPS, Caprecom, Capital Salud, Aseguradoras y más..	Se reciben facturas en fisico y se puntean uno a uno de acuerdo a documento soporte.
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, DIRECCION ERRADA, SOPORTES NO POS (CTC) en los casos en que la devolución se pueda responder, hacerlo.	100%	2. Se identificarón motivos de devoluciones, se encontró cambio de pagador para algúnas facturas y se ubicarón soportes para dar respuesta a las devoluciones.,	Se identifican los diferentes pagadores y los motivos de devolución para proceder a dar respuestas.
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%	3. Se recibio y soporto devoluciones de Compensar, Nueva EPS, EPS Sura, SOAT de Seg Bolivar, Mapfre, Q.B.E., Mundial de Seg., Suramericana, Ferrocarriles Nacionales.	Se generan documentos soporte para radicar en las diferentes entidades.
4. Verificar los soportes de las respuestas de las devoluciones, entregar para radicación y realizar seguimiento al radicado.	100%	4. Se verifican y soportan las diferentes respuestas para ser radicados en las entidades.	Se generan documentos soporte para radicar en 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%	5. Se presentó informe de devoluciones recibidas durante el mes con sus respectivas respuestas.	Se entregan respuestas dadas para ser consolidadas en la matriz.
6. Entregar al Lider de Cuentas Medicas, informes semanales de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar y los motivos de la misma.	0%	6. Se imprimierón facturas, furips, autorizaciones, H.C., Rx y otros documentos para soportar devoluciones de los diferentes pagadores.	Se anexan documentos soporte para cada respuesta de acuerdo al motivo de la devolución.
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%	7. Se recibieron del área de Cartera alrededor de 8 cajas con facturas devueltas, estas se deberan digitar en la base de datos con el fin de consolidar las devoluciones.	Se registran en la matriz las facturas con su respectivo pagador y motivo de devolución.
8. Analizar e informar los indicadores de devoluciones recibidas vs devoluciones contestadas.	100%	8. Se generaron informes de devoluciones recibidas Vs devoluciones contestadas	Se generaron informes de devoluciones recibidas Vs devoluciones contestadas consolidadas en la matriz.
9. Apoyar al servicio asignado en la solución de dificultades diariamente y la diligencia oportuna de la respuesta de devoluciones.	100%	9. Se colaboró en la radicación de facturas en la Policia Nacional, Ecoopsos, Mutual Ser, Coosalud, Comparta, Asmet Salud y otras EPSs	Se colaboró en la radicación en algunas entidades.
10. Programar y asistir a las citas de conciliación necesarias para el tramite de las devoluciones.	100%	10. A la fecha no se a realizado citas de conciliación.	No se realizarón citas de conciliación.
11. Planear y realizar el desarrollo de las capacitaciones sobre los motivos de devolución.	100%	11. Se asistió a la capacitación del módulo de Medimas para soportar por este medio las respuestas a las devoluciones.	La EPS a la fecha no ha autorizado la creación de los usuarios.
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%	12. A la fecha se está implementando un nuevo aplicativo, razón por la cual no se ha realizado movimiento alguno en el aplicativo Dinámica Gerencial	A la fecha no se ha realizado movimiento alguno en el Aplicativo Hosvital.
13. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.	100%	13. Se realizó el pago de la Seguridad Social.	Se anexa soporte de pago de la Seguridad Social.
14. Inducción y Reinducción general 2018.	0%	14. Se hace necesario aclarar que para la ubicación de los soportes para dar respuesta a las devoluciones es indispensable desplazarse hasta las diferentes Unidades pues no se cuenta con acceso a sistema remoto.	Se realiza desplazamiento a la Unidad de Fontibón para ubicar soportes y dar respuesta a los diferentes motivos de devoluciones.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,837,000 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M /CTE.

JAIRO HUMBERTO ROBAYO GARZÓN C.C. 2,971,311

Supervisor : _____

NOMBRE Y FIRMA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-04-16, 08:33:16 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1011969301 **Referencia pago(PIN)** 8871611730

Periodo Cotización 201804 **Periodo Servicio** 201804

Cliente:

PAGADA 2018-04-15 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIRO HUMBERTO ROBAYO GARZON				
Documento	CC 2971311	**Dirección**	CARRERA 23 N. 74A 32 SAN FELIPE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212882261		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	ROBAYO GARZON JAIRO HUMBERTO	**Identificación**	CC 2971311		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 2971311		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ROBAYO GARZON JAIRO HUMBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 781.242	230201		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

Bogotá, D.C. ABRIL 2018

CUENTA DE COBRO
Nº 3

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón
NIT: 900959048-4
DEBE A:

JAIRO HUMBERTO ROBAYO GARZON
C.C. No. 2.971.311

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según orden de prestación de servicios No SO-2850-2018 de acuerdo al informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS: 30

TOTAL: UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE

TOTAL: $ 1.837.000

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
S04-SU40	100,00 %	**$ 1.837.000**

Autorizo a la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibon, consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No 000500087689 DEL BANCO DAVIVIENDA

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2016		X
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT ($41.654.2 00.00)		X

Cordialmente,

JAIRO H. ROBAYO G.
C.C. No. 2.971.311
E- MAIL: jh.robayog@gmail.com
Cel: 3212882261

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	2971311	ROBAYO	GARZON	JAIRO	HUMBERTO	2018-03	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	03/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023

