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:	PAOLA ANDREA CASTILLO ROMERO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030550653						
CORREO ELECTRONICO:	andrea1329castillo@hotmail.com				CELULAR:	3193352004						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS PIAMONTE				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	R23	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62479934628								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2664 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	793	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21939	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de Apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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. - Apoyo Administrativo facturador Consulta Externa I.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,437,000									
TIPO DE SERVICIOS		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:	$5,748,000
VALOR EJECUTADO	$5,748,000
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 **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
1012395035	781,242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de MAYO del año Dos Mil Diecisiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA ANDREA CASTILLO ROMERO
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	03/042017	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	PASP PIAMONTE				**Sede: PABLO VI BOSA**					
No. DE CONTRATO:	2664 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA CASTILLO ROMERO		**C. C.**		1,030,550,653		**DE**	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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. Apoyo administrativo facturador consulta externa I

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.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	SI	Verificacion en los diferentes aplicativos y base de datos del estado de afiliacion del usuario. (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	Entrega de facturas
2..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	SI	Creacion del usuario er hosvital, actualizacion de datos cada vez que asista el paciente.	Admision del paciente en Hosvital
3.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	SI	Asignar y facturar las citas al convenio de acuerdo a la contratacion vigente.	Asignacion y entrega de facturacion de las citas de acuerdo a la contratacion vigente.
4..Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.	SI	Verificar el codigo de autorizacion generado por la entidad y servicio a facturar según contratacion, ademas de digitar el codigo en Hosvital.	Entrega de facturas de evento y ambulatorio según el caso con los debidos soportes.
5.Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidaces.	SI	Se agenda en cada unidad y en linea según la nesecidad del usuario, y disponibilidad de citas.	Entrega de baucher de asignacion de la cita, cargar completamente al agenda del profacional.
6..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.	SI	Facturacion de servicios adecuados de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente y asi mismo recaudacion de copagos a los usuarios que lo requieren. (Realizar recibo de caja).	Entrega de facturas diferentes pagadores y recibos de caja debidamente firmado por el usuario.
7..Realizar diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro	SI	Se hace entrega de turno por hosvital, como testigo al compañero que recibe y en caso de recaudo se registra en el libro de tesoreria.	Libro de tesoreria y hoja de entrega de turno por Hosvital.
8..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 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsto - ECAT).	SI	Se hace la hoja de ruta y se entrega los soportes completos de las facturas de FFD y EVENTO en la oficina de facturacion, en las fechas establecidas.	Facturas generadas (3) con los debidos soportes como autorizacion cuando lo requiere e historia clinica.
9. Garantizar que el último dia del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.	SI	Se realiza la entrega de las facturas en su totalidad con los debidos soportes.	Facturas generadas en el mes con hoa de ruta y los debidos soportes, entregadas a la oficina de facturacion.
10..Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	SI	Verificar admisiones abiertas según el reporte generado semanalmente y darles solucion a las mismas.	Se entrega registro de seguimiento semanal en archivo excel con la solucion de cada registro.
11..Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manera oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas.	SI	Se envia la factura para anular o se complentan soportes según la observacion del revisor y se entrega dentro del plazo establecido.	Entrega de facturas con soportes completos y corregidos según observacion durante el plazo establecido.
12..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.	SI	Se registra el numero de la factura al archivo de excel y en el libro fisico, para que sea realzado el respectivo proceso de anulacion y reemplazo de la misma según el caso.	Archivo excel y libro fisico debidamente diligenciado y en caso de ser necesario entrega de factura de reemplazo.
13.cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SI	Se cumple a cabalidad los procesos y procedimentos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Se realiza el cumplimiento de los procedimentos institucionales a cabalidad.
14..Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el area 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).	SI	Se realiza la entrega de los soportes requieros en el tiempo establecido y en el caso que sea necesario para dar respuesta a las entidades competentes.	Entrega soportes de facturacion y atencion en los casos requeridos por la entidad con la debida respuesta.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.437.000 (Millon Cuatrocientos Treinta y Siete Mil pesos)

Paola Andrea Castillo R

PAOLA ANDREA CASTILLO ROMERO CC 1030550653

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/año Firma de recibido supervisor:

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 2018-05-15, 12:59:33 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1012395035 **Referencia pago(PIN)** 888720350

Periodo Cotización 201805 **Periodo Servicio** 201805

Cliente:

PAGADA 2018-05-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA ANDREA CASTILLO ROMERO				
Documento	CC 1030550653	**Dirección**	CLL 50 A 81 C 08		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1234		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CASTILLO ROMERO PAOLA ANDREA	**Identificación**	CC 1030550653		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030550653		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTILLO ROMERO PAOLA ANDREA	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	Dias EPS	Dias AFP	Dias ARP	Dias 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	23Q01		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-26	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	FAMISANAR EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030550653
NOMBRES	PAOLA ANDREA
APELLIDOS	CASTILLO ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	18/04/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/15/2018 15:44:33	Estación de origen:	190.24.132.6

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN	
Nombre Contratista:	PAOLA ANDREA CASTILLO ROMERO
Periodo:	ABRIL - MAYO

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	Vr. Facturas Entregadas	No. Facturas devueltas por Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	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
ABRIL	1,326	30,171,243	1,326	30,171,243	0	5	98,160	2	?	0	0	4	4
MAYO 1 AL 14	634	16,533,263	634	16,533,263	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):	Andrea Bautista			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Firma Colaborador: (Contratista)