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:	MARISOL CASAS PASCUAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1024510691							
CORREO ELECTRONICO:	MARISOLCASAS2524@GMAIL.COM				CELULAR:	3115197178							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAPS CAMI				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-PA16	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24042263717								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2675 DEL 2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**4 DE 4**				
NÚMERO DE CDP	793	FECHA	18/04/2018	**NÚMERO DE CRP**	21949	**FECHA**	**30/04/2018**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrayiva y/o asistencial en el area de Facturacion 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	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$23,000								

OBSERVACIONES:

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
8479358648	$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 Jineth Tafur Hernandez:

MARISOL CASAS P.

MARISOL CASAS PASCUAS

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:	CASP CAMI			**Sede: PABLO VI BOSA**						
No. DE CONTRATO:	2675 - 2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARISOL CASAS PASCUAS			**C. C.**	1,024,510,691	**DE**	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Facturación centro 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 en 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 ctas al convenio de acuerdo a la contratacion vigente.	Asignacion y entrega de facturacion ce 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 unidades.	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 así 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 establecico, 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 ce 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 Tránsito - ECAT).	SI	Se hace la hoja de ruta y se entrega los soportes completos de las facturas ce 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 día 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 hoja 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 realizado 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 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).	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)

MARISOL CASAS

MARISOL CASAS PASCUAS CC1024510691

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

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

aportes en línea

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 1024510691		CASAS PASCUAS MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 3D 5 - 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9009491	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	39572177	8479358648	I	2018/05/23	2018/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
1	CC	1024510691	CASAS MARISOL		231001	30	$781,242	$125,000	EPS002	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total			**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

PAGADO

aportes en línea

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 1024510691		CASAS PASCUAS MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 3D 5 - 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9009491	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	39572177	8479358648	I	2018/05/23	2018/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$257,500

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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

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	1024510691	CASAS	PASCUAS	MARISOL		2018-04	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE
CC	1024510691	CASAS	PASCUAS	MARISOL		2015-03	SALUD TOTAL S.A.	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
SALUD TOTAL S.A.	04/2018	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	03/2018	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	02/2018	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	01/2018	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	12/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	11/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	10/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	09/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	08/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	07/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	06/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	05/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	04/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	03/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	02/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	01/2017	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	12/2016	23/07/2014	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN	
Nombre Contratista:	MARISOL CASAS PASCUAS
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	1,810	87,210,158	1,810	87,210,158	0	15	864,295	0	0	0	0	32	0
MAYO 1 AL 14	248	8,644,949	248	8,644,949	0	4	82805	0	0	0	0	15	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):	Andrea Basto			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	REGISTROS ABIERTOS COLGADOS EL DIA DE HOY 15-05-2018 SE RESOLVERAN EN EL TRANSCURSO DE LA SEMANA MAXIMO PLAZO 18-05-2018

MARISOL CASAS

Firma Colaborador: (Contratista)