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. SALUD
		Fecha de aprobación	4/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			NO.	1071164947						
CORREO ELECTRONICO:	apmartinezp23@gmail.com					CELULAR:	3138328134						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	subred integrada de servicios de salud suroccidente e.s.e												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AUTORIZACIONES					SEDE: KE10	KE10- USS OCCIDENTE DE KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10 R28	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570111880										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3403- 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7					
NÚMERO DE CDP	573	FECHA	20/04/20	NÚMERO DE CRP	24171	FECHA	30/04/20				
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial 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 al requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	20		31	7	20			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,717,922										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10,584,612
VALOR EJECUTADO	$10,584,612
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,717,922
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 **$2.194.508**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43587700	$877,803.00	$109,800	$140,500	3	$21,400	**$271,700**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de julio del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Luz Mary Torres R

LUZ MARY TORRES R
NOMBRE y FIRMA DE SUPERVISOR

Patricia Martinez

ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3
		Fecha de aprobación	4/3/2018
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALAS DE CIRUGIA						**Sede:** KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	3403-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	7	2,020		31	7	2,020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ		**C. C.**	1,071,164,947			**DE**	LA CALERA			

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 ASISTENTE AUTORIZADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. 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	CUMPLIDO	Diariamente verificar la lista de pacientes que ingresan con su respectivo documento de identidad se verifican derechos en comprobador , ADRES , DNP, se llama a la eps se corrobora la información y se solicita autorización de servicio.	la autorización del servicio requerido ya sea en fisico o numero que dan por audio o por correo
b.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	CUMPLIDO	Cuando se requiera en el servicio se procedera a pa admision correcta de los pacientes con datos precisos y veraces y con doc correctamente	admisiones de paciente ingresado por el servicio de urgencia
c. Llevar a cabo los procesos y procedimientos de autorizaciones tanto de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma.	CUMPLIDO	Revisar en el sistema listado de pacientes hospitalizados con Aseguramiento, y enviar los anexos requeridos solicitando las autorizaciones de los servicios ante los pagadores (Reportar vía telefónica o vía fax, a las EPS-S, EPS-C Y ENTES TERRRITORIALES; urgencia, hospitalización, cirugía, etc., gestioné la respectiva autorización de acuerdo al objeto contractual con cada entidad y/o Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008), dentro de los	en la hoja de ruta codigo de autorizacion de prosedimiento o soporte de reporte del mismo para el soporte de las facturas,
d. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	CUMPLIDO	Revisar en el sistema listado de pacientes hospitalizados con Aseguramiento, y enviar los anexos requeridos solicitando las autorizaciones de los servicios ante los pagadores (Reportar vía telefónica o vía fax, a las EPS-S, EPS-C Y ENTES TERRRITORIALES; urgencia, hospitalización, cirugía, etc., gestioné la respectiva autorización de acuerdo al objeto contractual con cada entidad y/o Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008), dentro de los	cuando solictan respuesta por parte de glosas todo esta devidamente condignado en la vitacora dando una oportuna respuesta al caso
e. Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se indique los donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida.	CUMPLIDO	Se verifico cada cambio de estancia y algun procedimientos quirurgico realizado de los pacientes con la revision de la historia clinica y haciendo el reporte oportuno a cada pagador Se genera el reporte diario de estado de cada paciente, haciendo el seguimento de repuesta de los tramites solicitados al respectivo ente	se envia ceno diario a los diferente arla que solicta y requieren el estadistico
f. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y así mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	CUMPLIDO	Se deja evidencia en plataforma silos con soportes de lo solicitado para cada usuario a cada una de las repectivas eps	en la hoja de ruta codigo de autorizacion de prosedimiento o soporte de reporte del mismo para el soporte de las facturas,
g. Entregar oportunamente los soportes del proceso de Autorización a los facturadores con el fin de ser anexados en cada una de las facturas generadas a las EAPB.	CUMPLIDO	se reciben las faturas y se verifican las fechas documtos y eps del paciente se realiza hoja de ruta y se imprime soportes, se realiza la hoja de ruta consignando en ella el pagador la autorizacion en fisico o numero si la hay para lograr el soporte de la factura	cuando solictan respuesta por parte de glosas todo esta devidamente condignado en la vitacora dando una oportuna respuesta al caso
h. Realizar el proceso de autorización de medicamentos no POS con formatos, y realizar los trámites internos del diligenciamiento y justificación del formulario CTC. Esta actividad aplica para las unidades donde no tiene el perfil encargado de este proceso.	CUMPLIDO	Despues que el medico solicitante diligencia el formato de referencia se solicta via telefonia o emil a la eps dependiento cuales sean los tramites para la solictud de cada una de estas.	Despues que el medico solicitante diligencia el formato de referencia se solicta via telefonia o emil a la eps dependiento cuales sean los tramites para la solictud de cada una de estas.
i. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).	CUMPLIDO	Se identifica pagador de paciente y si es necesario remitir por no convenio o por algun otro motivo se le informa al personal medico que debe diligenciar el formato de referencia y contrareferecian y radicarlo en el punto de radio de igual forma se notifica a la eps.	se comenta con el familiar del paciente el caso y con ayuda de trabajo social se da una solucion que no benefisie al paciente y a la institucion
j. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLIDO	se comenta con el familiar del paciente el caso y con ayuda de trabajo social se da una solucion que no benefisie al paciente y a la institucion	soporter correctamente y puntualmente la factura con su recpetiva hoja de ruta y autorizacion
k. 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)	CUMPLIDO	se trenga informa requerido o la informacion requerida para realizar el mismo por parte del jefe o la persona encargada del servicio cuando solictan respuesta por parte de glosas todo esta devidamente condignado en la vitacora dando una oportuna respuesta al caso	cuando solictan respuesta por parte de glosas todo esta devidamente condignado en la vitacora dando una oportuna respuesta al caso

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1,717,922) un millón setecientos diecisiete mil novecientos veintidós PESOS M/CTE.

ANGELICA PATRICIA MARTINEZ

Fecha : /07/2020 Firma de recibido supervisor: LUZ MARY TORRES R

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ	**Nit:**	1071164947
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Junio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Junio 2020
Número de radicación:	43587700	**Total a pagar:**	$271,700
Fecha de vencimiento:	10/07/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	01/07/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	668408249
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$21,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$140,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$109,800
						$271,700

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL

contec ISO / IEC 27001 CC-SI005-1

Powered by Cenet Edinet

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1071164947	ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ	KR 100 50B 45 SUR	3040744	paticoarriba@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-06	2020-06	I		43587700	TOTAL A PAGAR	
					$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 07 / 2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ

C.C 1.071.164.947 DE LA CALERA (CUND)

La suma de un millón setecientos diecisiete mil novecientos veintidós pesos m/cte. ($1.717.922), por concepto de: **APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE FACTURACION** durante el periodo de 01 JULIO de 2020 al 31 de JULIO de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No3403-2020.

ANGELICA PATRICIA MARTINEZ PEREZ

C.C 1.071.164.947 DE LA CALERA (CUND)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570111880