

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				KELY JOHANA SIERRA													
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1049432145						
CORREO ELECTRONICO:				Kellyjohanasierra@hotmail.es				CELULAR:				3213504880					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FONTIBON									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:								CAMI-II				SEDE:		USS FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
		FO03R28	100.00%														
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7380842661				PENSIONADO									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																	
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				628-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3					
NÚMERO DE CDP		31		FECHA		08/01/21		NÚMERO DE CRP		15410		FECHA		16/02/21			
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	4	2021			30	4	2021				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.778.049													
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		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.																	
APLICAR ART 383 E.T (si hay base de retención)																	
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																	
CONCEPTO										VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$5.334.147							
VALOR EJECUTADO										\$5.334.147							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.778.049							
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,271,315 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											
1037198202	\$908.526	\$113.600	\$145.400	3	\$22.200	\$281.200											
<p>Dado en Bogotá mes de ABRIL del año Dos Mil Veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LUZ MARY TORRES NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div> KELY JOHANA SIERRA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>																	

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 30/4/2017 Código: 04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		AUTORIZACIONES		Sede: USS FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	628-2021	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	4	2.021		30	4	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KELY JOHANA SIERRA			C. C.	1.049.432.145			DE	BOYACA	
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 AUTORIZADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
Realizar verificación de derechos en las páginas 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	Se realizó verificación de derechos en las páginas de ADRES (BDUA, compensados), Comprobador de derechos, DNP Paginas WEB, Capital salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a los pacientes hospitalizados en los servicios				Registro en SIIES (módulo verificación de derechos)			
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	Se realizó seguimiento y actualización de 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				Registro Dinamica Gerencial (Admisiones - Ingreso del paciente)			
Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.		SI	Se realizó el escaneo de los documentos soportes de los usuarios que corresponden al servicio URGENCIAS				Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3)			
Aplicar 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.		SI	Se realizó gestión con los reportes de los usuarios del servicio URGENCIAS dando cumplimiento al Decreto 4747 y la Resolución 3047 de 2008.				Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3)			
Realizar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados(cama por cama), 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.		SI	NO APLICA				NO APLICA			
Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados 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.		SI	NO APLICA				NO APLICA			
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.		SI	Se realizó registro de toda la gestión realizada a los pacientes del los servicios URGENCIAS				Registro en SIIES			
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.		SI	NO APLICA				NO APLICA			
Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).		SI	Se brindo información a (1010) pacientes y sus familiares.				N/A			
Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación en cuanto a reconstrucción de facturas o cierres de Ingresos asignados por el referente de autorizaciones.		SI	NO APLICA				NO APLICA			
Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Cartera y glosas en la consecución de soportes que se requiera para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios		SI	NO APLICA				NO APLICA			
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.778.049 UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y OCHOMIL CERO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.										
KELY JOHANA SIERRA 1049432145 KELY JOHANA SIERRA CC 1049432145				fecha : Firma de recibido supervisor: Luz Maytore R						
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.										



PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-04-16, 04:11:27 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Número Planilla: 1037198202
Referencia pago (PIN): 8842624900

Período Cotización: marzo de 2021 Período Servicio: marzo de 2021

PAGADO 15/04/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KELLY JOHANA SIERRA		
Documento	CC-1049432145	Dirección	CRA 123 N 17 F 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3213504880
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones				Salud		Riesgos		Cajas				Parafiscales				Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	RET	TAE	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	AVP	QSA	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEIVA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	Total	
C 1049432145	KELV JOHANA SIERRA	59	00											0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 908.526	\$ 145.400	(EPS077) FAMILIAR EPS	\$ 908.526	\$ 113.600	2.436	\$ 908.526	\$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.200

III. TOTALES

IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 0	\$ 145.400	\$ 113.600	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.200	\$ 0	\$ 281.200

