

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				1 DE 3			
NÚMERO DE CDP		31		FECHA		08/01/21		NÚMERO DE CRP		11113		FECHA		31/01/21	
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	2	2021			28	2	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.															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$5.334.147					
VALOR EJECUTADO										\$1.778.049					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.778.049					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$3.556.098					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										33%					
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									
1035729680	\$908.526	\$113.600	\$145.400	3	\$22.200	\$281.200									
Dado en Bogotá mes de FEBRERO del año Dos Mil Veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 LUZ MARY TORRES NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 KELY JOHANA SIERRA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA								

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 3/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	
--	--	---	---

Ubicación del Servicio:	AUTORIZACIONES		Serie: USS FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	628-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.021		28	2	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KELY JOHANA SIERRA		C. C.	1.049.432.145		DE	BOYACA		

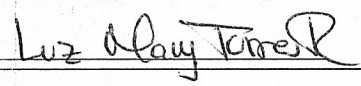
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUTORIZADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 urgentes 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 anejados 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 CC 1049432145	fecha: Firma de recibido supervisor: 
---	---

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



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-09, 04:04:11 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1035729680 Referencia pago (PIN): 8836658760

Periodo Cotización: enero de 2021 Periodo Servicio: enero de 2021

PAGADO 09/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KELLY JOHANA SIERRA	Dirección	CRA 123 N 17 F 11
Documento	CC1043432145	Teléfono	3213504880
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	ARL SURA
Representante Legal			
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades														Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	TBE	TAP	VSP	CDR	SLN	IGR	VST	VAC	VCT	IRP	Das AFP	Das EPS	Das AFP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Apo Min			
1049437145	KELLY JOHANA SIERRA	59	00													0	30	70	30	0	23103101	COL FONDOS	\$ 908.526	\$ 145.400	(EPS017) FAMESANAR EPS	\$ 908.526	2.436	\$ 908.526	\$ 22.200	(NH14C2) NHGELUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUETOTAL SIN INTERESES DE MORSA	TOTAL INTERESES DE MORSA	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