

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				4 DE 5			
NÚMERO DE CDP		598		FECHA	23/04/21		NÚMERO DE CRP	24517		FECHA	30/04/21		
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	5	2021		31	5	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:								\$8.890.245					
VALOR EJECUTADO								\$7.112.196					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.778.049					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$1.778.049					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								80%					
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					
1037743183	\$908.526	\$113.600		\$145.400		3	\$22.200	\$281.200					
<p>Dado en Bogotá mes de MAYO del año Dos Mil Veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p><u>LUZ MARY TORRES</u> LUZ MARY TORRES NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p><u>KELY JOHANA SIERRA</u> KELY JOHANA SIERRA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>													

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	● 1-02-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	5	2.021		31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KELY JOHANA SIERRA		C. C.	1.049.432.145		DE	BOYACA		

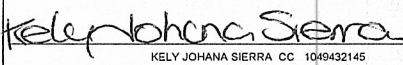
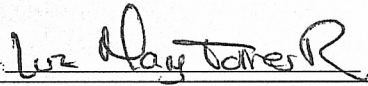
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUTORIZADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 la 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 Páginas 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 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	a el 100% de los pacientes que ingresaron en el mes de Agosto a los servicios URGENCIAS	
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 cleres 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: 2021-05-11, 02:43:06 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: abril de 2021 Período Servicio: abril de 2021
Número Planilla: 1037743183 Referencia pago (PIN): 8845380470

PAGADO 11/05/2021

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KELLY JOHANA SIERRA		
Documento	CC1049432145	Dirección	CRA 123 N 17 F 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3213504880
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal			
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 Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET P	TAE	TOP	VSP	COR	IOE	LMA	VAC	AVP	RFP	Dias AFP	Dias AFP	Dias CCF	Administradora	IBC Pctción	Aporte Pmtción	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
C 1049432145	KELY JOHANA SIERRA		59	00												0	100	300	0	(231001) COLFONDOS	\$ 908.526	\$ 145.400	(EPS017) FAMISANA 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 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, Salidas a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL 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

