| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1001052790 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ZAPATANEIDY@YAHOO.COM.CO | | | | CELULAR: | 3105869778 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | AUTORIZACIONES | | | | SEDE: | USS BOSA | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | BO35R28 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488405037976 | | | | | | | | | | PENSIONADO | No | |

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3347-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 13 DE 13 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ASISTENTE AUTORIZADOR PRESTADOR DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE FACTURACION DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESO Y PROCEDIMIENTO 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 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.717.922 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | RESERVA DE GLOSA 0% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $22.277.544 |
| VALOR EJECUTADO | $22.277.544 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1034319033 | $877.803 | $109.800 | $140.800 | 3 | $21.400 | $271.700 |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil Veitiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Neidy Zapata

| SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ | NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES |
|---|---|
| LIDER DEL PROCESO | 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 | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | URGENCIAS | | | Sede: KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3347/2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES | | C. C. | 1.001.052.790 | | DE | BOGOTÁ | | |

**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 ADMISIONISTA 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 | PROGRAMADO | 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 | SI | Se realizo verificacion de derechos en las paginas de ADRES (BDUA, compensados), Comprobador de derechos , DNP Paginas WEB, Capital salud y aplictivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a los pacientes hospitalizados en los servicios (Urgencias) | 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 | SI | Se realizo 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 | Registro Dinamica Gerencial ( Admisones - Ingreso del paciente) |
| Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención. | SI | Se realizo el escabneo 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 realizo gesión con los reportes de los usuarios del servico (Urgencias) dando cumplimiento al Decreto 4747 y la Resolición 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 | SI | Se realizo el censo en el servicio (urgencia pediatria) con (36) camas, se realizo seguimiento al pagador de de cada uno de los usuarios, remisiones pendietes y de pacientes particulares, se identificaron los traslados realizados y nuevos | Bitacora de censo y registro en Dinamica Gerencial |
| 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, | SI | Se realizo censo del 100% de los pacientes del servicio de (urgencias pediatria) | Registro en Dinamica Gerencial y SIIES |
| 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 realizo registro de toda la gestion 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 | Se elaboraron (*) hojas de ruta y fueron entregadas al facturador del servicio (***) como se evidencia en el libro de entrega. | Correo electronico donde se evidencia la respuesta, hoja de ruta y libro radicador. |
| 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 (++) 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 | Se realizo reconstrucción de (Urgencias)hojas de ruta por cierre de ingresos. | Hojas de ruta entregadas por cierre de ingresos o reconstrucción de facturas. |
| Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Cartera y glosas en la consecución de soportes que se requiera para dar respueta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Adinistradoras de Planes de Beneficios | SI | Se dio respuesta a la glosa solicitada por cartera de las siguientes (E:A:P:B) | Repuesta de glosa de las siguientes (E:A:P:B) |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,717,922 UN MILLON SETECIENTOS DIEZ Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS**

Neidy Zapata

CONTRATISTA:NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES C C. 1001052790 DE BOGOTÁ

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: (E)

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:** 2021-01-06, 11:01:48 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034319033

**Periodo Cotización:** diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8815337100

**PAGADO 04/01/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES | | |
| **Documento** | CC1001052790 | **Dirección** | CL 40 #78 J - 28 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3105869778 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 1001052790 | NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 2,436 | $ 877.803 | $ 21.400 | (N:N-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 |

## 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 | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 | $ 0 | $ 271.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1001052790 |
| NOMBRES | NEIDY GERALDIN |
| APELLIDOS | ZAPATA PUENTES |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/12/2019 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 01/18/2021 12:53:34 | Estación de origen: | 190.25.249.198 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

# MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 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. Si 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 a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1001052790 | ZAPATA | PUENTES | NEIDY | GERALDIN | 2020-12 | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE |
| CC | 1001052790 | ZAPATA | PUENTES | NEIDY | GERALDIN | 2017-08 | CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | COTIZANTE |
| CC | 1001052790 | ZAPATA | PUENTES | NEIDY | GERALDIN | 2019-11 | FAMISANAR E.P.S. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 38 Registros en 4 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

Bogotá, Enero 17/ 2021

Señora,

SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ

Referente de autorizaciones

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

Asunto: Certificación de Incapacidad

---

Cordial saludo.

Me dirijo a usted con el objeto de comunicarle bajo la gravedad de juramento que, durante el mes de Enero, yo NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES con número de identificación: CC. 1.001.052.790 de Bogotá, no he recibido incapacidades por parte de mi EPS COMPENSAR y tampoco por parte de la ARL SURA.

Deseo aprovechar esta oportunidad para agradecer la confianza y el apoyo recibido durante mi permanencia en la Subred haciendo parte de la Dirección Financiera bajo el contrato de prestación de servicios No. 3347-2020.

Atentamente,

Neidy Zapata

Nombres y Apellidos

cc. 1001052790

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 13 | 2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES
C.C 1.001.052.790 DE BOGOTA D.C

La suma de $ 1.717.922, por concepto de: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS. AUTORIZACIONES durante el periodo de 01 al 31 de Enero del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3347

Neidy Zapata

**NEIDY GERALDIN ZAPATA PUENTES**
**C.C 1.001.052.790 DE BOGOTA D.C**
**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**
**NUMERO 550488405037976**