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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**TIVISAY GUTIERREZ MELU**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	**X**	C.E		NO.	**1012346670**							
CORREO ELECTRONICO:	tigume@yahoo.com				CELULAR:	**3215362482**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**USS BOSA**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	**FACTURACION**				SEDE:	**BOSA**							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35R23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4900158272								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**714-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**5 DE 5**			
NÚMERO DE CDP	598	FECHA	23/04/2021	**NÚMERO DE CRP**	24582	**FECHA**	**30/04/2021**		
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	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.778.049								
TIPO DE SERVICIOS		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:	$10.668.294
VALOR EJECUTADO	$10.668.294
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 **mínimo** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
51052247	$908.526,00	$113.566	$145.365	3	$22.132	**$281.063**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Venti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA LIDER DEL PROCESO :

Tivisay Gutierrez

TIVISAY GUTIERREZ MELU
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	FACTURACION			**Sede:** USS BOSA						
No. DE CONTRATO:	714-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TIVISAY GUTIERREZ MELU			**C. C.**	1.012.346.670			**DE**	BOGOTA	

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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1, Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas oficiales de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.), Aseguradoras comprobación de pólizas, aplicativo de las bases poblacionales asignadas,confirmando la entidad responsable de pago para el procedimiento de admisión, liquidacion de cuenta, generación de facturas electrónicas y registros de seervicios en el Sistema de Información de la Institución.	**CUMPLE**	Realice verificación de derechos en la correspondientes pagainas de comprobador de derechos ADRES, DNP Y Comprobador de Deechos	Impresión de pantallazos adjunto a la sabana de autorización de la atención del paciente y se adjunta todos los soportes
2. Realizar y/o verificar la admisión para el ingreso del usuario o para la generación de las facturas aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia) , verificacion de entidad responsable de pago y contratacion vigente (matriz de contratacion) en aras de garantizar un registro con calidad, confiable y oportuno acorde con la normatividad vigente para el cargue diario en llnea, la liquidación y generación de las facturas electrónicas y los registros de servicios.	**CUMPLE**	Realicé y verefiqué la admisión aplicando los ocho correctivos con lla correspondiente vereificación de derechos	Impresión de la hoja de admisión con los datos correctos del paciente, nombres y apellidos completos , direccion, telefono etc
3. Realizar o verificar el registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, y verificación de la preliquidación hasta la generación de factura, acorde con la unidad que se asigne y los cambios normativos para estas atenciones.	**CUMPLE**	Se realizó previamente el registro de los usuarios en el SIRAS	Impresión informe realizado en SIRAS evidenciado datos del accidente y soportando la factura
4. Realizar o verificar el escaneo de documentos y pantallazos de verificación de derechos de los usuarios al efectuar la admisión o liquidación y generación de facturas como soporte de la actividad en la Unidad asignada y en la herramienta sistematizada implementada para tal fin (SIES)	**CUMPLE**	revise la verificación de cada una de las autorizaiones de los servicios prestados y facturados cumpliendo la normatividad vigente.	Se entrega sabana con la trazabilidad del proceso de la autorización de la atención son su autorizacion correspondiente.
5. Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestión, consecución, solicitud, verificación de autorizaciones (de acuerdo a la pertinencia de la actividad o Unidad asignada) para la prestación de los servicios o en la generación de las facturas de los usuarios de los servicios de urgencias, quirúrgicos u hospitalización, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 o las que la modifiquen), dentro de los tiempos establecidos por la norma, en conformidad con la operación de la Subred. Dejando la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización o la solicitud de las mismas al equipo de autorizaciones y asi mismo diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad (hojas de Ruta)	**CUMPLE**	Realicé e informé y tramité junto con el equipo de admisiones y autorizaciones las actividades pertinentes para que el sistema asigne cama, traslade cama y traspaso a otra unidad para continuar co el tratamiento de los pacientes	Se entrega a admisiones y autorizaciones los pacientes para hospitalizar y o traladar de cama o unidad.
6. Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información y las unidades asignadas.	**CUMPLE**	se realizó la asignación de las citas de acuerdo con la necesidad del usuario, disponibilidaad y orden cronológico	Se entrega impresión de recortorio de cita al paciente dandole explicación de cómo asistir a la cita
7. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.R.P), así como sobre el trámite administrativo requerido en la institución.	**CUMPLE**	Brinde información clara y precisa a los usuarios sobres las cuotas de recuperación según la seguridad social	Se realizó información al paciente informandole de las cuotas de recuperación según su seguridad
8. Verificar o articular con el equipo de admisiones y autorizaciones diariamente el censo, efectuando los trámites requeridos por facturación en el sistema de información acorde con las novedades.	**CUMPLE**	Verificar con el equipo de admisiones y autorizaciones diariamnete el censo	se reliaza verificacion
9. Verificar y realizar diariamente el cargue o confirmación de los servicios prestados (Imagenologia, laboratorios, Cirugías, entre otros) a los usuarios en los servicios de urgencias y hospitalizacion, verificando el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios en el sistema acorde con la matriz de contratación vigente, el área de servicio o centro de costo.	**CUMPLE**	Realicé verifiqué y/o confirmé los cargos de los servicios prestados a los usuariosen los servicios de urgencias como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios teniendo en cuenta el cuadro de contratación vigente, el área de servicio o centro de	Entregué la factura con el detallado del cargue de los códigos cups de los servicios de urgencias como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada)
10. Realizar la liquidación de cuentas y generar la facturación de los servicios prestados, generación de copagos y/o cuotas de recuperación, para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, garantizando los soportes completos y necesarios para cada factura acorde con la normatividad vigente. de acuerdo al pagador (E.R.P) modalidad de contratación, tipo de aseguramiento y de acuerdo a la clasificación realizar la liquidación correspondiente para el cálculo de copago, cuota de recuperación (si aplica), teniendo en cuenta que los soportes a adjuntar en la factura deben ser en el marco de la optimización de recursos, acuerdo de voluntades y la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 o las que la modifiquen o sustituyan)	**CUMPLE**	Realicé, verifique y cargue los procedimientos y servicios prestados a los usuarios según los contratos establecidos con cada EPS para su respectivo pago.	Se realiza impresión y se adjunta soportes de factura para el respectivo cobro del servicio entregao debidamente sorportadas al tecnico

11. En las unidades y servicios donde se realiza la facturación integral que incluye el recaudo se debe realizar diariamente registro de la apertura y cierre de caja, la actividad de conteo cuando esta sea asignada para entrega a la transportadora o a quien designe tesorería, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado o pagares para el respectivo registro en tesorería, soportado con el reporte generado por el sistema de registro de entrega de la actividad.	**CUMPLE**	Realicé diariamente el conteo del recaudo correspondiente a los copagos recibidos, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado o pagares para el respectivo registro en tesorería, soportado con el reporte generado por el sistema de registro de entrega de la actividad.	Se realiza impresión del cierre realizado con el aplicativo Dinamica, más en cuenta billetes diligenciado la cantidad y denominación de los billetes, moneda y/o pagarés realizados en el turno.
12. Realizar la entrega de actividades de la programación diaria con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros justificados pendientes por facturar (por escrito) en los instrumentos o libros que se estandaricen para la evidencia de la actividad, así como el reporte de novedades y situaciones pendientes de gestión al referente de facturación de la Unidad y líder asistencial.	**CUMPLE**	Realicé el diligenciamiento del libro de anulaciones y su factura corresppondiente de reemplazo, diligencié el numero de factura en el libro de salidas de pacientes realizada en mi turno y el libro entrega de turno; para seguir con el proceso de salida de pacientes con alguna incosistencia para su salida.	Diligencié libros llevado s diariamente para complementar y/o evaluar el cumplimiento de mis actividades diarias
13. Realizar la entrega diaria del 100% de las facturas generadas, garantizando los soportes administrativos y asistenciales según la Resolución 3047/2008 Anexo técnico 5 y el Decreto 056 de 2016 (Accidentes de Tránsito - ECAT, FURIPS Y FUTRANS) la norma que lo modifique, la matriz y modalidades de contratación vigentes en la Subred. Los precierres y cierres se debe garantizar el 100% de las facturas generadas y soportadas para el cumplimiento de los indicadores de venta de servicios, radicación oportuna y disminucón de devoluciones y glosas.	**CUMPLE**	Realizo entrega diaria de todas la facturas realizadas en mi turno a cada Tecnico correspondiente más el diligencia miento de las autorizaciones correspondientes a Capital Salud	Realice entrega de facturas por medio de hoja de ruta.
14. Realizar diariamente seguimiento conjunto por los facturadores y técnicos asignados por servicio, a los ingresos abiertos, facturas anuladas pendientes de remplazo, anulaciones totales, registrando la gestión y cierrre inmediato, (medidas necesarias para su cumplimiento), validando que para los precierre y cierres se garantice la entrega del 100% de la factura y cargue de los servicios prestados en el mes y con cero (0) ingresos abiertos. Registro de evidencia en libreta de actividades (certificación debe ser dada por el referente de facturación de cada unidad o quien se asigne). .	**CUMPLE**	Realizo diariamente el seguimiento con los tecnicos asignados por servicio para verificar ingresos, facturas,anulaciones para gestionar su cierre	realice seguimiento
15. Realizar el cierre (facturacion) de los ingresos con egreso clínico por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si tienen causa justificada. **El control de registros de ingresos abiertos por mes debe ser igual a cero 0**, si se presenta debe ser por causa justificada validada por el referente de la Unidad. Registro en libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro.	**CUMPLE**	Realicé y lleve el control en el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas con egreso de los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si tienen causa justificada	Realicé registro en libro de anulaciones posteriormente al remplazo de cada factura diariamente
16. Solicitar la anulación de facturas acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo y en el tiempo definido garantizando el remplazo **en menos de 24 horas.**	**CUMPLE**	Cada fin de mes entrego y corrigo cada factura que halla generado y me hayan devuelto por alguna razón	Genero reporte de DINAMICA cada fin de mes y verifico que no tenga ninguna factura relacionada a mi usuario sin entregar
17. Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, **por facturación en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones máximo 24 horas** posterior a la devolución de la factura especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden inmediatamente dentro del mes de la prestación del servicio.	**CUMPLE**	Realice correcion de las facturas devueltas en su tiempo estipulado	impresión de factura,radicacion de reemplazo de la misma
18. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros)	**CUMPLE**	Asití y participé en las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred, proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales	Firme la asitencia a cada Actividad programada
19. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades como soporte para la certificación de pagos y compromisos de las metas de la Unidad así como con las observaciones para la mejora identificadas por el Líder de la Sede o Unidad.	**CUMPLE**	Realice el seguimiento y control de las actividades contractuales	realizo seguimiento
20. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación.	**CUMPLE**	Realicé la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades	Entregué cuenta de cobro con con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.
21. Responder oportunamente las solicitudes realizadas y asignadas por el área de Facturación en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a la radicación de cuentas o a las diferentes objeciones por devolución y glosas formuladas por las ERP.	**CUMPLE**	Realizo la entega del formato semanal de las facturas realizadas anuladas y reemplazadas. Mensualmente el formato con el cumplimiento de las actividades corepondientes a mi contrato	Impresión del cuadro de actividades mensualmente y se adjunta a la cuenta de cobro evidenciando facturas generadas del mes
22. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	**CUMPLE**	Cumplí y ejecute los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Impresión de los formatos con firma de los recibidos de los tecnicos y el Lider del proceso de facturación

23. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.	CUMPLE	Cumplí y ejecute los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Impresión de los formatos con firma de los recibidos de los tecnicos y el Lider del proceso de facturación
24. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros.	CUMPLE	Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento	Contribuir con la mejora continua.
25. Mantener una adecuada presentación personal (uso de carnet) en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo	CUMPLE	Mantuve una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	Realicé actividades de Mejora en la comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario
26. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en las unidades asignadas, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.	CUMPLE	Cumplí con las de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud	Entregué mis actividades en el tiempo solicitado por el marco del proceso de Facturación
27. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad, líder asistencial o supervisor del contrato.	CUMPLE	Atendí y mejoré las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades	Soproté las acciones y el seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato.

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$1,778.049 Un millón setecientos setenta y ocho mil cuarenta y nueve pesos M/CTE

Tiusay Gutierrez NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	Firma de recibido supervisor: SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**

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

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	1012346670
NOMBRES	TIVISAY
APELLIDOS	GUTIERREZ MELU
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	05/10/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/15/2021 15:25:16 | **Estación de origen:** | 192.168.70.1

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	1012346670	GUTIERREZ	MELU	TIVISAY		2019-06	FAMISANAR E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	1012346670	GUTIERREZ	MELU	TIVISAY		2021-04	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
FAMISANAR E.P.S.	04/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	02/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

103 Registros en 11 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

TIVISAY GUTIERREZ MELU

C.C 1´012.346.670 DE BOGOTÁ

La suma de 1,778.049 Un millón setecientos setenta y ocho mil cuarenta y nueve, por concepto de: 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, como facturador urgencias, durante el periodo de 1 al 30 de junio 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 714-2021

Tivisay Gutierrez

TIVISAY GUTIERREZ MELU

C.C 1´012.346.670 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4900158272

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO 2021.pdf	FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2021.pdf	MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2021.pdf	ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2021.pdf	MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

RE INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

Usuario - TIVISAY GUTIERREZ MELU

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
RE INDUCCIÓN SUBRED 2021						
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	9.58	0–10	95.83 %		9.58 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	9.17	0–10	91.67 %		9.17 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Total del curso	-	**98.75**	**0–100**	**98.75 %**		-

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	1012346670	TIVISAY GUTIERREZ MELU	calle 73D sur # 83 04	8140807	tigume@yahoo.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
					TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	51052247	$281.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

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

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	1012346670	TIVISAY GUTIERREZ MELU	calle 73D sur # 83 04	8140807	tigume@yahoo.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	51052247	$281.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012346670	GUTIERREZ MELU TIVISAY	59	0			N																	231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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