| 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: | LINA RAQUEL TENJO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52738190 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | linartenjo2312@outlook.es | | | | CELULAR: | 3172612083 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USS PABLO VI BOSA | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FACTURACION | | | | SEDE: | OLARTE | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | PA31R23 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24053553047 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 741_2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 5 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 598 | FECHA | 23/04/2021 | NÚMERO DE CRP | 24606 | FECHA | 30/04/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de facturacion dentro de las 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: | $1.635.806 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 0% | NO APLICA | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $8.179.030 |
| VALOR EJECUTADO | $8.179.030 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.635.806 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50811826 | $ 908.526 | $113.566 | $145.364 | 3 | $22.132 | **$281.062** |

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

Lina R Tenjo

**SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ**
**LIDER DE PROCESO DE FACTURACION:**

**LINA RAQUEL TENJO**
**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 |
| | | Fecha de aprobació | 3/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PABLO VI BOSA -FACTURACION | | | **Sede: PA31: OLARTE** | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 741_2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | LINA RAQUEL TENJO | **C. C.** | 52.738.190 | **DE** | BOGOTA | | | | |

**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y o asistencial en el araea de facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ 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 resposable de pago para el procedimiento de admisión o liquidacion de cuenta. | **CUMPLE** | se reliza la verificacion de los derechos de los usuarios en las diferentes bases de datos (comprobador , DNP, fosyga,compensados,pagina web capital salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E para identificacion de entidades responsables de pago. | se verifico en las bases de datos el estado de afiliacion del paciente realizando signacion y facturacion de servicios (ver Facturas). |
| 2. Consultar ,verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención, así como la facturación de las mismas conforme a la resolución 412 de 2000 o la normatividad vigente, gestionando la demanda inducida al atender al usuario en coordinación con el equipo de PyD de la Subred. | **CUMPLE** | se consulta el sistema de informacion y se verifica las atenciones prestadas para PYD , se revisa la frecuencia uso conforme a la resolucion 412 de 2000 , teniendo en cuenta la demanda inducida realiza por los profesionales y equipo PYD. | se consulto y se verifico las frecuencias de uso de las actividades de promocion y prevencion a todos los usuarios que solicitaban algun servicio en la unidad y se realizo asignacion correspondiente de activiades de PYD que aplicaran para cada paciente, segun normatividad. |
| 3. Verificar y actualizar datos del paciente 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 en la admisión, asignación de citas y facturación. | **CUMPLE** | Se realizo la actualizacion DE los ocho correctos de cada usuario , garantizando que los datos referidos correspondiera al usuario al quien se facturo el la subred sur occidente. | se verifico los ocho correctos del paciente con el fin de actualizar la informacion y garantizar que los datos se han correctos. |
| 4. Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades de la Subred preguntando para cuando requiere la cita o los datos definidos en las acciones para cumplimiento de la Resolución 1552 de 2015 la norma que la modifique o los planes de acreditación e informar al usuario el valor de la cuota moderadora, cuota de recuperación o copago de acuerdo a la afiliación del usuario, asi como las indicaciones para el servicio y las opciones para cancelar la cita. | **CUMPLE** | se realiza la verificacion de cada usuario proporcionando informacion veridica para la asignacion de citas de acuerdo a la necesiadad del usuiario y se le informa si debe realizar algun coopago por el servicio. | se realizo la asignacion de citas de acuerdo a la necesiadad de los usuiario, plan de beneficios y actividaes de PYD , se les informo si debian realizar algun copago , se le hace entrga de la tirrilla la cual se le resalta el dia de la atencion , profesional y tiempode llegada para el tramite de facturacion. |
| 5. Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridos por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación e informar al paciente si para la cita se requiere generar autorizacion o realizar la solicitud por pagina web de la EPS conforme a los contratos suscritos por la Subred con las ERP (como EPS´S Capital Salud entre otros) | **CUMPLE** | Se realizo la verificacion de las autorizaciones emitidas por los diferentes pagadores adecuerdo a la modalidad de contratacion vigente; De igual manera se idientifica de acuerdo al servicio solicitado si requiere autorizacion y si esta puede ser generada por pagina web CAPITAL SALUD , se realiza es tramite correspondiente. | Se realiza verificacion de las autorizaciones (servicos a los cuales aplica) verificado su fecha de emision , fecha de vencimiento , cantidad y servicio prestado , para garantizar posteriormente el pago de los mismo, asi mismo se generaron autorizaciones por pagina Web. |
| 6. Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario. (realiza entrega de factura fisica, recibo de caja al paciente y solicitar firma para la factura soporte). | **CUMPLE** | Se realiza la facturación de los servicios asignados de manera oportuna de acuerdo a los protocolos establecidos , teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente (matriz de contratacion), se realiza el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario. | Se genera la facturacion de los servicio prestados el mismo dia de la atencion , donde se imprimen dos facturas una es firma por el paciente la cual queda como soporte de aceptacion del servicio (evento) y otra entrega al paciente y se direccional al consultorio o servicio donde sera prestada la atencion. |
| 7. Realizar el cierre de caja en cada entrega de programación diaria, así como la verificacion de la base de caja y 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 (autorizados) para el respectivo registro en tesorería, dejando como soporte en libro y con la generación del reporte de entrega de esta actividad en el sistema de información. | **CUMPLE** | se recaudaron y se depositaron a diario en la caja fuerte los dineros obtenidos por la prestacion de los servicios de acuerdo a la contratacion del usuario de la sub red sur occidente. | Se recauda y se deposita a diario el dinero recaudado obtenido por la prestacion de los servicios. Al cual se realiza seguimietno a traves del cuadro de actividades semales. |
| 8. Realizar el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en cumplimiento a la normatividad vigente. | **CUMPLE** | se realiza el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con numero de identificacion del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente en cumplimiento a la normatividad vigente. | se realiza el diligenciamiento de anexo 1 al encontrar inconsistencias del usuario en base de datos, gestionando el reporte a la EPS correspondiente. |
| 9. Realizar la entrega diaria del 100%de las facturas generadas garantizando los soportes administrativos y asistenciales según la resolucion 3047/2008anexo tecnico 5 y el decreto 056 de 2016(accidentes de transito-ECAT,FURIPS Y FUTRANS)la norma que lo modifique la matriz y modalidades de contratacion vigentes en la subred.Los precierres y cierres se de garantizar el 100% de las facturas generadas y soportadas para el cumplimiento de los indicadores de venta de servicios , radicacion oportuna y disminucion de devoluciones y glosas. | **CUMPLE** | se cumple con la entrega diaria de las facturas adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma. | se cumplio con la entrega diaria de las facturas adjuntando los soportes administrativos y asistenciales rerqueridos , al revisior de cuenta para el proceso de auditoria correspondiente. |
| 10. Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas a los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si se identifica 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. El control de esta actividad debe registrarse semanal y mensual en la libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro. | **CUMPLE** | se realizo la entrega de las facturas oportunamente a la oficina de facturacion según terminos establecidos. se realiza la verificacion y seguimiento de los ingresos abiertos , notas credito correspondientes del mes. se realiza solicitud de la anulacion de las facturas y a su vez se realiza la refacturacion correspondiente la cual es reportada a la persona designada, diligenciado de manera completa y adecuada el formato establecido. | se realiza la entrega de las facturas según el tiempo establecido por el area de facturacion priorizando la entrega el ultimo dia del mes , con el objeto de realizar los ajustes y anulacuiones correspondientes sies necesario. Se realiza seguimiento de registro abierto a traves deapliactivo correspondiente , donde se determina el cierre oportuno de los mismo en los tiempos definidos. se realiza y se verifico la anulacion de las facturas y a su vez se verifico la refacturacion (factura remplazo), garanatizando que esten en el mes de la prestacion del servicio y cumpliendo con el diligenciamiento del formato para reporte. |
| 11, 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** | se realizo la respectiva respuesta al area de facturacion entregando los soportes requeridos en los tiempos estipulados por la subred sur occidente. | Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el area de facturacion cuando son requeridos. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12. 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 | se solicita la anulacion de facturas acorde con los procedimientos 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. | Se solicita la anulacion de facturas, garantizando la correccion de las mismas con el soporte respectivo en el tiempo definido. |
| 13, 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 | se realiza las correcciones pertinentes reportadas por el revisor oportunamente en el tiempo establecido, garanatizando que esten en el mes de la generación de la factura. | Se realizo y se entrego las correcciones pertinentes reportadas por el revisor oportunamente en el tiempo establecido, garanatizando que esten en el mes de la prestacion del servicio. |
| 14, 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 | Se participa en las diferentes actividades realizadas para fortalecer el conocimiento de los colaboradores de la Subred sur occidente, como : Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros. | Se participa en las diferentes actividades realizadas para fortalecer el conocimiento de los colaboradores de la Subred sur occidente, como : Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros, de las cuales quedan soportes de actas de dicha participacion de acuerdo al area que realiza la actividad. |
| 15. 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. | CUMPLE | Se realiza el seguimiento y el control de las actividades contractuales llevando semanalmente el reporte de cuadro de actividades y dando respuesta a los reporte enviados de seguimiento por parte del area de facturacion. | Se realiza seguimiento semanal el cual es diligenciado en el cuadro de actividades destinado para tal fin , donde se registra la facturacion generada , la trazabilidad de las mismas, los registros abiertos y la refacturacion. |
| 16. 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 de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo | CUMPLE | Se Realiza la adecuada presentación de las cuentas de cobro con los soportes requeridos según contrato vigente para la certificación de actividades contractuales. | Se realiza entrega de las cuentas de cobro de acuerdo al cronograma estipulado mensualmente , con los soportes necesario para certificacion de actividades cumplidas. |
| 17. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CUMPLE | se cumplen los procesos y procedimientos que a la fecha han sido establecidos por la subred sur occidente. | Se cumplio con los procesos y procedimimetos establecidos por el area de facturacion de la subred sur occidente. |
| 18. 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 | Se realizan las actividades asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas. | se realizan las actividades en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso que se presenten en la unidad de servicio. |
| 19. 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 | Se realizan las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidad de mejora formulada por los entes de control, de las direcciones, acreditación o la líder del proceso. | Se realizaron las actividades y acciones definidas en el proceso de gestion del ingreso. |
| 20. Mantener 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. | CUMPLE | Se mantiene una adecuada presentacion 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. | Se mantuvo una adecuada presentacion personal, buena disposición,comunicación, trabajo en equipo, etc.en el desarrollo de las actividades. |
| 21. Cumplir con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, donde la facturación de servicios y asignación de citas iniciará mínimo 30 minutos previos al inicio de la atención asistencial, es de anotar que la actividad se culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP. | CUMPLE | se cumple con la programacion de actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, donde la facturación de servicios y asignación de citas iniciará mínimo 30 minutos previos al inicio de la atención asistencial, es de anotar que la actividad se culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP. | Se cumplio con la programacion de las actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios, en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP. |
| 22. 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 o supervisor del contrato. | CUMPLE | Se atienden y mejoran 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 o supervisor del contrato. | Se atendieron y mejoraron las no conformidades que se identificaron como oportunidad de mejora el el desarrollo de las actividades mediante actas firmadas. |
| 23. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B). | CUMPLE | se realizo la respectiva respuesta al area de facturacion y glosa entregando los soportes requeridos en los tiempos estipulados por la subred sur occidente. | Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el area de glosas y facturacion cuando son requeridos. |

**OBSERVACIONES:**

**TAL A PAGAR (Número y letra:** $1.635,806 MCTE UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS MCTE

Una Tenjo

LINA RAQUEL TENJO C.C: 52738190

LIDER DEL PROCESO FACTURACION : SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

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

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 | 52738190 | LINA RAQUEL TENJO | TV 68 I 44-58 SUR | 7243727 | linartenjo2312@outlook.es | |
| 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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 09/06/2021 | 50811826 | $299.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 18.200 | 0 | 0 | 18.200 | 1 |

**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 | 1 | 18.200 | 18.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 299.400 | 299.400 |

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

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

Datos guardados

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO2021.pdf | FEBRERO2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO2021.pdf | MARZO2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL2021.pdf | ABRIL2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | MAYO2021.pdf | MAYO2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LINA RAQUEL TENJO**

**C.C 52.738.190 DE Bogotá**

La suma de un millón seis cientos treinta y cinco mil ocho cientos seis pesos m/cte. $1.635.806, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como, Facturador consulta externa, durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2.021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 741-2021.

Lina R Tenjo

**LINA RAQUEL TENJO**
**C.C 52.738.190 DE Bogotá**
**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**
**NUMERO 24053553047**

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 | 52738190 |
| NOMBRES | LINA RAQUEL |
| APELLIDOS | TENJO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

Eleuria Barona 10-06-2021

## 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 | 09/02/2006 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 06/09/2021 17:07:52 | **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 | 52738190 | TENJO | | LINA | RAQUEL | 2021-04 | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACION * |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 |

1 2 3 4 5 6 7 8 9

89 Registros en 9 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

# RE INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

## Usuario - LINA RAQUEL TENJO

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 % | 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 % | 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 % | 7.50 | 0–10 | 75.00 % | | 7.50 % |
| Ahora a probar cuanto aprendimos | 10.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 10.00 % |
| **Total del curso** | - | **95.83** | **0–100** | **95.83 %** | | - |