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:	MARCELA PATRICIA TORRES MORENO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016016548							
CORREO ELECTRONICO:	gatomo1909@gmail.com				CELULAR:	3172483560							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	04- FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAMI II				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	475070028109,00								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2734-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10		
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP	45524	FECHA	31/10/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de facturacion 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 - Apoyo Administrativo Facturador urgencias II - Apoyo administrativo facturador consulta externa I - Apoyo Tecnico Administrativo II - Apoyo Tecnico administrativo I)								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	11	2018		30	11	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.562.000								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$15.620.000
VALOR EJECUTADO	$15.620.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.562.000
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 **$1.953.105**, 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
30843327	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los () días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Luz Mary Torres R.

NOMBRE y FIRMA LIDER DE PROCESO:

Marcela Torres M.

MARCELA PATRICIA TORRES MORENO
AUXILIAR DE AUTORIZACIONES

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**AUTORIZACIONES**				**Sede: CAMI II**					
No. DE CONTRATO:	2734-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARCELA PATRICIA TORRES MORENO**		**C. C.**	**1.016.016.548**			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion Administrativa y/o Asistencial en el area de Facturacion 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 Apoyo administrativo Facturador urgencias II.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a.Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred	100%	Se realiza verificacion de derechos a los usuarios que ingresaron por el servicio de urgencias, observacion y hospitalizacion	siies
b.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	100%	Se realiza consulta del cuadro de contratacion para la solicitud de autorizaciones	censo diario
c. Llevar a cabo 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.	100%	Se realizan los tres envios y el cuarto al ente territorial del anexo realizado para la solicitud de servicios	censo diario y bitacoras correspondientes al dia
d. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados, 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.	100%	Se realiza Admisiones urgencias verificando que el paciente este hospitalizado en la cama y coincida con el del sistema	Entrega de Bitacoras
e. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad	100%	Se realiza verificacion de derechos a los usuarios que ingresaron por el servicio de urgencias, observacion y hospitalizacion	censo diario
f. 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.	100%	Se realiza verificacion de derechos a los usuarios que ingresaron por el servicio de urgencias, observacion y hospitalizacion	no aplica
g. 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.	100%	Se realiza censo Observacion y Uci verificando que el paciente este hospitalizado en la cama y coincida con el del sistema	no aplica
h. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).	100%	Se realiza consulta del cuadro de contratacion para la solicitud de autorizaciones	censo diario
i. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	Se participa en las actividades programadas por la referente para la socializacion de temas relacionados con la acreditacion	Entrega de hojas de ruta con su respectivo soportes
j. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	Se realizan todas la actividades asignadas y establecidas durante el mes por la subred	Entrega de hojas de ruta con su respectivo soportes
k. 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)	100%	Se realiza verificacion y soportes enviados por el respectivo correo confirmando respuesta por la eps	censo diario

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.562.000 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS MDA/CTE

Marcela Torres Moreno.

MARCELA PATRICIA TORRES C.C 1016016548 AUTORIZADORA

Luz Mary Torres R

LIDER DEL PROCESO SUB RED SUR OCCIDENTE

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

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

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

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	1016016548
NOMBRES	MARCELA PATRICIA
APELLIDOS	TORRES MORENO
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 Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	CONTRIBUTIVO	01/08/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 11/18/2018 07:52:52 | **Estación de origen:** | 190.24.142.66

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 la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 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. Sí 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 al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1016016548	TORRES	MORENO	MARCELA	PATRICIA	2018-09	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	09/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	08/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	07/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	06/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	05/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	04/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	03/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	02/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	01/2018	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	12/2017	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	11/2017	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	10/2017	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	09/2017	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	08/2017	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	07/2017	10/11/2012	30	COTIZANTE	4023

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	1016016548	MARCELA PATRICIA TORRES MORENO	Cra 118# 23-10	4978735	gatomo1909@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I	14/11/2018	30843327	$241.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	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	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

PAGADA
30843327

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	1016016548	MARCELA PATRICIA TORRES MORENO	Cra 118# 23-10	4978735	gatomo1909@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I	14/11/2018	30843327	$241.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1016016548	TORRES MORENO MARCELA PATRICIA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS010	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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