195

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-02-15	**Hasta:**	2022-02-28	
Nombre del Contratista:	FADUA SABRINA ALONSO TRUJILLO		**Número de Documento:**	57465980	
Correo Electrónico:	faduaalonsomishijas@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3058704031	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4391-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	573
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Porcentaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	$ 576640	68.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 576640**	QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4731840	$ 4731840	$ 0	$ 4731840

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos , realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.	-SISTEMA DG, DE ACUERDO A INFORMACION SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y CONSULTA EN PAGINAS (ADRESS-COPROBADOR DE DERECHOS - CONSULTA SISBEN)	-REALIZAR VERIFICACION EN PAGINAS ,ACTUALIZACION INFORMACION A DIARIO DE DATOS BASICOS DEL PACIENTE
2	2 Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación y procedimientos ambulatorios en cada una de las unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución, recaudando los copagos para los usuarios que así lo ameriten,	-ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD ,FACTURAR CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS ,AYUDAS DX,TERAPIAS ETC	-AGENDAR CITAS DE ACUERDO A LAS DISPONIBILIDAD DE AGENDAS - REALIZAR LISTA EN ESPERA A PACIENTES -REALIZAR FACTURAS USUARIOS
3	3. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	-RECAUDOR LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS REALIZANDO ENTREGA A DIARIO A TESORERIA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS ,CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION	-INGRESO A PACIENTES Y RECIBOS DE CAJA
4	4. Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la corrección de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolución y/o anulación. al igual que la corrección de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS	-ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TECNICOS ,GESTION DE ANULACION Y REEPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	-SOPORTAR FACTURAS Y ENTREGAR EN FECHAS ESTABLECIDAS
5	5. Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios aperturados los cuales se encuentren en estado registrado o bloqueado y que por ende no tienen factura asociada	-REALIZAR LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y O PRESENTAR SOPORTE PARA LA DEPURACION	-REALIZAR EL CIERRE DE INGRESOS
6	6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	-REALIZAR CUENTA DE COBRO CON LOS SOPORTES DE PAGO

7	7. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-REALIZAR FUNCIONES REQUERIDAS POR EL JEFE INMEDIATO	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
NO SE HA REGISTRADO UN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA CUENTA DE COBRO					
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24072313505

Fadua Alonso

FADUA SABRINA ALONSO TRUJILLO
57465980

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

FADUA SABRINA ALONSO TRUJILLO Identificado con CC 57465980

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina , con las siguientes características:

Número:	24072313505
Fecha de apertura:	30 de Marzo de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 24 del mes Febrero de 2022.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual (• Cotizante o cabeza de Familia; • Beneficiario o afiliado adicional); B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cónyuge o compañero(a) permanente; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Alonso | Trujillo | Fadua | Sahara
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 57465980
9. Sexo: Femenino X | Masculino
10. Fecha de nacimiento: 08/09/1980

III DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo | Condición
13. Puntaje SISBÉN: B-3
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: Calle 52su. #92A-34 | 8131142 | 3058104031
Tabolasonshiafabrial.com | Bogota | Zona Urbana | Rural X | Bosa Alfundamenta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino
B1	Melford	Alonso	Zaimar	Sabian	TI	1010767738	X
B2	Melford	Alonso	Tairz	Carissa	TI	1025147096	X
B3							
B4	Melford	Alonso	Zaimar	Sabian	TI	1010767738	X
B5	Melford	Alonso	Tairz	Carissa	TI	1025147096	X

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1	26/01/2010	hija				Bogota	X		Cundinamarca	3058104031	
B2	21/05/2019	hijo				Bogota	X		Cundinamarca	3058104031	
B3											
B4	26/01/2010	hija				Bogota	X		Cundinamarca	3058104031	
B5	21/05/2019	hijo				Bogota	X		Cundinamarca		

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Con		
5		
6		
6		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: País | Departamento | Municipio | Dirección | Teléfono

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad — A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
14. Traslado — A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento
42. Fecha
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado — Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII FIRMAS

Tadeo Alonso | 57465980

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN | Cant | RC | Cant | TI | Cant | CC | Cant | PA | Cant | CE | Cant | Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial
62. Documento en que
63. Copia de la autoriza
64. Certificación de
65. Copia del acta ad
la calidad de beneficiario

17 ENE 2022
Cod 637 Wendy Paola Vanegas C.
SUJETO A VERIFICACION

X DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Ver en hoja Aparte Creo o pagó Mes Vencido recibo retiro y planilla

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ALONSO TRUJILLO FADUA SABRINA identificado(a) con cedula ciudadania 57465980, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220121	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 24 días del mes de Enero de 2.022

Con destino a: A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: ORO ESMERALDA GONGORA
17945739

CER-AFI

VIGILADO Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALONSO TRUJILLO FADUA SABRINA** identificado(a) con **CC** número **57.465.980** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de enero de 2022.

Cordialmente.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com