Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.030.528.604							
CORREO ELECTRONICO:	marodriguez0413@gmail.com				CELULAR:	3043800204							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USH BOSA								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURADOR				SEDE:	Bosa							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6900710978								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4322 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 2				
NÚMERO DE CDP	793	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	23577	FECHA	24/05/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicio de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencia en el area 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.apoyo administrativo facturador consulta externa 1.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2018		30	6	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.437.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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 allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	1.820.200
VALOR EJECUTADO	383.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	1.437.000
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8328230290	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año Dos Mil Diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE Y FIRMA LIDER DE PROCESO:

MARITZA RODRIGUEZ
MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION		Sede: BOSA						
No. DE CONTRATO:	4322-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.018		30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ		C. C.	1.030.528.604		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencia en el area 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.apoyo administrativo facturador consulta externa 1.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	Cuando el paciente solicita o factura una cita, se genera la verificacion de derechos en las respectivas paginas.	Impresión de los comprobadores de derechos para soportar las cuentas de los diferentes entes.
Consultar ,verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención conforme a la resolución 412 de 2000 en coordinación con el equipo de PyD de la Subred.	100%	Se brinda informacion sobre la oportunidad de los servicos que ofrece todo el programa de PyD de la subred; y en los lugares en los cuales se realizan estos servicios.	Información acertiva al paciente.
Verificar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para la asignación del servicio ambulatorio	100%	se identifica plenamente los contratos actuales que maneja la subred, para la correcta facturacion.	Se reciben documentos para la validacion en sistema y asi mismo asignar cita corresponidente.
Realizar la admisión y actualizacion de 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	100%	cuando el paciente llega al servicio se solicita el documento en fisico para validar sus nombres, apellidos y numero de identificacion correctos, luego se realiza la verificacion de seguridad social; antes de asignar, facturar o cancelar citas se confirman los numeros efectivos de contacto y la direccion actualizada.	Se entregan las facturas, con todos los datos actualizados.
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 e informar al usuario el valor de la cuota moderadora, cuota de recupeacion o copago de acuerdo a la afiliación del usuario.	100%	Al momento que el usuario llega a solicitar una cita se verifica la oportunidad de la agenda, y se le ofrece la cita mas cercana a la fecha a la que esta solictando, se verifica en comprobador el nivel para de esta manera informar al paciente si debe cancelar cuota moderadora o copago.	se le entrega una reserva impresa al paciente, donde se identifica los datos personales de este, la hora, la fecha, lugar, especialidad, nombre del especialista, valor a pagar, persona que asigna la cita y hora de asignacion.
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 solictar por pagina web EPS conforme a la contratacion vigente.	100%	Cuando el paciente solicita la cita se le informa que debe acercarse a la eps a solicitar la respectiva autorizacion para la cita dependiendo de la especialidad o proceso que requiera el paciente.	Entrega de facturas con la correspondiente autorizacion que p
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 al paciente y este a suvez firma dicha factura)	100%	Cuando el paciente tiene cita se genera la oportuna facturacion, si este llega dentro del tiempo estipulado, se imprime la factura correspondiente al servico y en dado caso el recibo de pago.	Se entregan diariamente las facturas con su correspondiente hoja de ruta suministrada por el sistema hosvital, y en el la entrega de turno se adjuntan los recibos de caja del dia.
Realizar el cierre de caja en cada entrega de turno, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro	100%	Llevar el control del movimiento monetario de la caja asignada, responder por los dineros encomendados a su cuidado custodia de acuerdo con los procedimientos y normas establecidas Hacer arqueos para verificar la exactitud de las sumas obtenidas, de turno y cierre diario entregando los soportes a tesoreria	tener la responsabilidad del dinero recaudado Realizo arqueos de caja para verificar las cantidades de dinero que se reciben sea y correpondan a lo que muestra el sistema llevar a la caja fuerte en su repectivo sobre el dinero recaudado
Hacer la entrega diaria de las facturas, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, según la Resolución 3047/2008 Anexo tecnico 5 y el Decreto 056 de 2016 (Accidentes de Tránsito - ECAT(FURIPS Y FUTRANS)).	100%	Organizar los soportes de las cuentas, anexos a cada una de las facturas elaboradas y entregarlas diariamente a la coordinación de facturación, para la elaboración de cuentas de cobro.	verificar que las cuentas entregadas esten debidamente soportadas es mi responsabilidad cada cuenta que llegue a mi turno Se entrega turno informando cualquier novedad No aplica
Garantizar que el último día del mes esten al dia en la entrega de la facturacion generada y a su vez la terminacion de la libreta de actividades que sera radicada junto con la cuenta de cobro.	100%	En conjunto con las tecnicos de cuentas, se verifica que todas las facturas esten al dia y que esten correctamente soportadas, y facturadas.	Se entregan las facturas que se han realizado durante todo el mes en curso.
Realizar la verificacion y ajuste de los ingresos abiertos , notas credito correspondientes al mes en curso.	100%	mensualmente se recibe una base de datos con ingresos abiertos, los cuales son cerrados en su totalidad.	se entrega el listado con la informacion sobre cuales ingresos se pudieron cerrar.
Realizar corrección de las inconsistencias de las facturas repórtadas por el tecnico(revisor de cuentas) de manera oportuna en un plazo máximo de 48 horas, especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la generación de la factura.	100%	Diariamente se hace la entrega de las facturas generadas en el dia de trabajo, luego el tecnico hace la revision de las mismas; cuando requieren la correccion hacen la respectiva devolucion y asi mismo se corrige, para que estas quede dentro del mes en curso.	Se entrega de nuevo la factura con las correcciones corespondientes.
Solicitar la anulación de facturas y a su vez realizar la refacturacion validada por el tecnico, registrando su numero de reemplazo en el libro implementado para tal fin (el cual debe contar con todos los datos necesarios acorde con los procedimientos y registros) implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	cuando una factura queda mal se solicita la anulacion de esta para luego hacer la refacturacion, una vez realizada se anota en el libro de anulaciones con su respectivo numero de reemplazo.	se entrega al tecnico encargado de hacer la anulaciones, el libro para que verifique la informacion y firme la aprobacion.
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 para la certificación de pagos	100%	Se realiza el cuadro de seguimiento de actividades, donde especificamos las cantidades de facturas realizadas, y las anuladas, con sus respectivos valores.	Se entrega el cuadro de seguimiento de actividades junto con la cuenta de cobro.
Realizar la adecuada presentación de cuentas 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 la certificación de actividades	100%	mensualmente se entrega la cuenta de cobro, con el cuadro de actividades, el cuadro de seguimiento de actividades, compensados, planilla de pago y adres.	mensualmente se entrega la cuenta de cobro, con el cuadro de actividades, el cuadro de seguimiento de actividades, compensados, planilla de pago y adres.
Asistir, participar y realizar 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 entre otros)	100%	Cumplir con los turnos programados por la coordinación. Revisar periodicamente las cuentas de los usuarios y verificar la disponibilidad de los soportes de los contratos realizados. Realizar actividades de atención e información a los usuarios en las diferentes cajas del hospital. Recibir los dineros que por concepto de cancelación de cuentas se entreguen en la caja ya sea en efectivo, cheque u otro medio de pago. Contar, clasificar y sumar dineros en efectivo y cheques recibidos durante la jornada. Elaborar comprobantes por concepto de los dineros recibidos o entregados, en tiempo real por cada factura	cumplo con la programación para las capacitaciones asiti puntual y opotunamente a los turnos antes pactados Se tiene un control de los pacientes que necesitan autorización y de los que no se brinda la información oportuna a los usuarios recibi el dinero respectivo a la cuenta por pagar según cada usuario hice la verificaión de lo que se recive durante la jornada se realiza un informe una vez finalizado el turno para entregarlo respectivamente a tesoreria
Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	De acuerdo con el contrato se cumple a cabalidad con todas las actividades y objetivo general de este.	De acuerdo con el contrato se cumple a cabalidad con todas las actividades y objetivo general de este.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.437,000 UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y CIETE MIL PESOS M/CTE

MARITZA RODRIGUEZ

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ CC 1030528604

supervisor _____

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ
No. Identificación: CC1030528604
Dirección: CALLE 49 SUR 89B 30 CASA 154
Telefono: 7857358
Correo: marodriguez0413@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8328230290

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ
Tipo y número de identificación	CC1030528604
Número de planilla	8328230290
Fecha pago	2018-06-18
Número de autorización pago	58556608
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2018
Numero de Administradoras	3
Total Pagado	244300
Total Intereses de Mora	2500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19300	1
231001	Colfondos	126300	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	98700	1

8328230290

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030528604
APELLIDOS Y NOMBRES: MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	231001	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 1 9 9 1 4 7 4 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	Rodriguez	Sánchez	Maritza	Andrea

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1030528604	Femenino X Masculino	10 07 1991 16

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			Sura	Colfondos

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
781.242	Cl 26 Sur 93 D 60 T:15 APT 604				3043800204
Correo electrónico	Bogotá	Zona: Urbana X Rural	Municipio / Distrito	Departamento	

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

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
31				
32				
33				
34				
35				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
31					D D M M A A A A		
32					D D M M A A A A		
33					D D M M A A A A		
34					D D M M A A A A		
35					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad				32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo: F N M	Condición: T P	Municipio / Distrito	Zona: Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular			
31									
32									
33									
34									
35									

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)
C	

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

35. Nombre o razon social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Maritza Rodriguez	CC	1030528604	

39. Ubicación					
Cl 26 Sur 93 D 60	3043800204	maritzarodriguez0413@gmail.com	Bld	Cl	Marca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del 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. Regimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Regimen ☐ 15. Reporte de 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 del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	17 05 2018

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. X
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. X
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. X
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. X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. X
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. X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. X

VIII. FIRMAS

MARITZA RODRIGUEZ

55. Firma del empleador, pensionado o entidad autorizada para la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad: ☐ 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 o del acto administrativo de custodia. ☐
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliacionea colectivas. ☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	17 05 2018

70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Cod 1955

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	
		Independiente	3014427704

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

07/2016

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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	1030528604
NOMBRES	MARITZA ANDREA
APELLIDOS	RODRIGUEZ SANCHEZ
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
RETIRADO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	01/08/2017	13/06/2018	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 06/18/2018 11:00:04 | **Estación de origen:** | 190.24.132.202

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**

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	1030528604	RODRIGUEZ	SANCHEZ	MARITZA	ANDREA	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1030528604	RODRIGUEZ	SANCHEZ	MARITZA	ANDREA	2016-06	CAFESALUD E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	1030528604	RODRIGUEZ	SANCHEZ	MARITZA	ANDREA	2018-05	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1030528604	RODRIGUEZ	SANCHEZ	MARITZA	ANDREA	2018-06	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	01/08/2017	14	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN	
Nombre Contratista:	MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ
Periodo:	6 AL 15 DE JUNIO DEL 2018

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	Vr. Facturas Entregadas	No. Facturas devueltas por Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
Semana 1													
Semana 2	103	$ 10.406.536,00	$ 10.406.536,00			4	$ 195.100,00	4	$ 195.100,00				
Semana 3	111	$ 13.323.708,00	$ 13.323.708,00			4	$ 747.800,00	4	$ 603.200,00				
Semana 4													
Total	214	$ 23.730.244,00	$ 23.730.244,00			8	$ 942.900,00	8	$ 798.300,00				
Verificado Por: (Nombre y firma)													

Semana/Actividades	No. Recibos de Caja Generados	Valor Recibos de caja	Valor Recaudo entregado a Tesorería	No Recibos de Caja anulados	Valor Recibos de caja anulados	Motivo de Anulación
Semana 1						
Semana 2	14	$ 88.900,00				
Semana 3	12	$ 266.300,00				
Semana 4						
Total	26	355200				
Verificado Por: (Nombre y firma)	Referente Tesorería Unidad			Analista		

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

MARITZA ANDREA RODRIGUEZ SANCHEZ MARITZA RODRIGUEZ

Firma Colaborador: (Contratista)