| 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: | GLORIA STELLA SALAMANCA ALDANA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 35.522.728 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | GLOSAL0203@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3102361080 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | 04- FONTIBON | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FACTURACION | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| 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: | BANCO DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870208412 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4565-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1089 | FECHA | 20/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 31300 | FECHA | 30/06/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A AL 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 SUROCCIDENTE . DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL-APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 7 | 2018 | | 31 | 7 | 2018 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.837.000 | | | | | | | | |
| 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: | $3.674.000 |
| VALOR EJECUTADO | $3.674.000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.837.000 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1013514364 | $781.242,00 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | $241.800 |

Dado en Bogotá a los (xx ) días del mes **de JULIO del año DOS Mil DIECIOCHO( 2018)** Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA TAFUR HERNANDEZ
**LIDER FACTURACION SUDRED SUROCCIDENTE**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA STELLA SALAMANCA ALDANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

| Ubicación del Servicio: | FACTURACION | | Sede:USS FONTIBON CAMI II | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4565-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 7 | 2.018 | | 31 | 7 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | GLORIA STELLA SALAMANCA ALDANA | | C. C. | 35.522.728 | | DE | FACATATIVA | | |

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 SUROCCIDENTE DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL- APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| a. Recepcion de la facturación generada por los diferentes puntos de facturacion, correspondientes a los servicios prestados | CUMPLE | Se realizo la recepcion y el debido punteo de las facturas entregadas por cada uno de los facturadores las diferentes entidades responsables de pago , para su iniciar proceso de auditoria. | Se recepciona la factura atraves del sistema de informacion y se alimentala base de las facturas recibidas para auditoria y seguimiento |
| b.Verificar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | CUMPLE | Se verifica y aplica en la auditoria de facturacion generada la matriz de contratacion remitida por el area de mercadeo con la contratacion vigentes que tiene la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, ade mas de verificar la normatividad vigente . | Se verifico factura a factura lapalicacion de la contratacion vigente de la subred,identificado la inconsistencias presentadas , reportandolas a cada facturadrador para su ajuste correspondiente |
| c. Realizar mediante la auditoría administrativa y asistencial la verificación de la aplicacion del procedimiento de admisión, facturación y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de pago de los servicios prestados , aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CUMPLE | Se realizo la auditoria y facturación de los servicios prestados a los pacientes , Urgencias Observaciones y Consulta Externa , aplicando los terminos de la contratación vigente para el pagador teniendo en cuenta la seguridad social de cada paciente. | Se verifico la correcta admision,facturacion y autorizaciones de los pacientes a los cuales se les prestaron servicios de salud,aplicando la contratacion vigente y realizando la retroalimentacion de las inconsistencias identificadas |
| d. Realizar la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al facturador ,tanto en fisico como a travez del sistema de informacion , garantizando la oportunidad en las correciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justficación pertinente. | CUMPLE | Se realizo la devolución de las facturas generadas por los diferentes servicios Consulta Externa, Urgencias, Hospitalizacion, los casos que lo ameriten de manera oportuna garantizando que el facturador pueda realizar las correcciones necesarias para garantizar el cobro total de los servicios prestados | se realiza la devolucion de las facturas mediante el aplicativo para tal fin donde queda registrado y reportado la inconsistencia identificada las cuales deben ser devueltas por parte defacturador a las 48 horas para ajustarla y realizar oportunamente la entrega a la central de acopio por el sistema de informacion (hoja de ruta) |
| e. Realizar apoyo administrativo según requimiento solicitados por los facturadores , en cuanto a: Cargos contra historia clínica, soportes, etc., evitando así la subfacturación o sobrefacturación de servicios | CUMPLE | Se realizo la revisión de la facturacion a diario de los servicios prestados a los pacientes hospitalizados garantizando el oportuno cargue y cobro de dichos servicios aportando la información oportuna a los pacientes en cuyos casos deban realizar copagos por dichos servicos con el fin de permitir el cobro total , minimizando el riesgo de la subfacturación como de la sobrefacturación. | se realiza retroalimentacion a cada uno de los facturadores a cargo indicando los soportes requeridos, insumos, medicamentos y procedimientos faltantes y sobrantes para ajuste y facturacion |
| f. Solicitar al facturador reportar la factura con inconsistencia para anulacion , realizando seguimiento de la correccion y factura remplazo, así como el registro o verificación del mismo en el libro de anulación de facturas, controlando el remplazo o refacturación con un plazo no mayor a 48 horas y 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. | CUMPLE | 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 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 |
| g. Realizar el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos de los facturadores, servicios o empresas que tengan asignados | CUMPLE | Se realizo el registro en base de datos de las salidas que se dan a diario y se hace seguimiento al libro de salidas para detectar posibles ingresos abiertos de salidas sin tramitatar | Se realiza el seguimiento del reporte de registros abiertos el cual es remitido dos a la semana por la persona asignada,propendiendo por el cierre oportuno( generacion de la factura) |
| h. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal de la facturación pendiente por entregar y los motivos de la misma, realizando una consolidacion mesual con inconsistencias y hallazgos | CUMPLE | Se realizo el registro en base de datos las inconsistencias presentadas en cada factura que son motivo de anulacion, base que se envia al referente. | Se le informa al referente encargado los hallazgos encontrados e inconsistencias de las facturas que no pudieron ser entregadas a la central de acopio por falta de autorizaciones u otro motivo. |
| i. Una vez auditadas las facturas entregadas por el facturador, realizar el envío a la central de cuentas de la unidad a través de la hoja de ruta por empresa y de manera simultánea la entrega de las facturas con sus respectivos soportes, dejando evidencia documental | CUMPLE | Se realizo la revisión del mes de las facturas verificando orden, documentos y soportes de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalizaciones con el fin de garantizar una adecuada presentación de las facturas, y asi dar el apoyo necesario en el proceso de entrega y radicación de las cuentas, teniendo disponibilidad de tiempo al finalizar el mes con el fin de poder dar tramite final al 100% de la facturación generada en el servicio. | Se realiza la entrega a la central de acopio de todas las facturas por hoja de ruta organizadas por pagador y por consecutivo para garantizar la efectica en el proceso de radicacion a las diferentes entidades responsables de pago. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| j. 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 Responsables de pago. | **CUMPLE** | Se da respuesta oportuna a las solicitudes que envian desde elcentro de acopio y central de glosas,para la oportuna correccion de cada una de las cuentas enviadas | a la fecha por parte del area de facturacion y glosas no se ha recibido solicitud frente algun soporte que requiera respuesta de las objeciones dadas por cada una de las entidades responsables de pago. |
| k. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado. | **CUMPLE** | Se realizo diariamente el seguimiento de la facturación registrada en la base de datos establecida, confrontando lo asignado en dicha base con el fisico de la facturación recibida de los servicios de la noche y fines de Semana para la verificación de los soportes y presentación de cada cuenta facturada, así como el seguimento del estado de las cuentas en devolución y el estado en el proceso para garantizar su radicación oportuna, | Se cumplio oportunamente con la totalidad de la auditoria de las facturas en rutadas por parte de los facturadores responsables,garantizando la correcta revision de las mismas, realizando las devoluciones por inconsistencias y haciendo el seguimiento para la pronta solucion de la devolucion para asi garantizar el cobro de las cuentas medicas. |
| l. Apoyar el 100% de los puntos de facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E cuando se requiera, garantizando el buen desarrollo de los diferentes procedimientos. | **CUMPLE** | Se realizo acompañamiento tecnico y apoyo en reemplazo oportuno del facturador del servicio cuando se requirio, basado en el trabajo en equipo | Se realiza el apoyo tecnico y cubrimiento de los facturadores cuando se requiere garantizando el desarrollo de los procedimientos del area de facturacion. |
| m. Realizar la revista administrativa de los servicios asignados, identificando los pendientes para articular las actividades de facturación, admisiones, autorizaciones y trabajo social de acuerdo a la pertinencia | **CUMPLE** | Se realizo el seguimiento a las facturas que quedan pendientes por radicar y continua retroalimentación por la base en cargue de linea de los servicios prestados en Medicina Interna Cami II, urencias y observaciones de noche, para garantizar su radicación oportuna al siguiente mes. | se identificaron las difilcultades presentadas en los diferentes servicios como facturacion, admisiones ,autorizaciones y trabajo social, lo cual fueron reportadas al referente encargado para la articulacion de las actividades anteriormente mencionadas. |
| n. Realizar identificación de puntos de mejora en la facturación generada para disminuir los riesgos de inconsistencias en la facturación, anulación de facturas o notas crédito, reportando en el informe de seguimiento de actividades y realizando actas con los colaboradores que presenten inconsistencia en las actividades detectadas | **CUMPLE** | se realiza seguimiento y planes demejora a los facturadores, todo con el fin de mejorar los procesos de entrega de facturas y de correcta liquidacion. | se retroalimenta a los facturadores sobre la contratacion vigente y cambios realizados por la subred encuanto a la generacion de facturas para asi disminuir la anulacion de facturas y notas credito realizando actas pertinentes por las inconsistencias encontradas al momento de la auditoria. |
| ñ. 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 | **CUMPLE** | Se realizo la actualización de conceptos y retroalimentación de la información directamente relacionada con el proceso de facturación a los facturadores de cada servicio, permitiendo de este modo un mejor servicio y atención a los usuarios, y de igual manera garantizar un adecuado proceso en la facturación de los servicios prestados, dando asi información veridica, real y con calidad. | Se da respuesta a cada informe solicitado y se retroalimenta a los facturadores de nuevos pasos para la correcta facturacion y se diligencia el formato de actividades semanal mente llevando control oportuno de los egresos vrs facturacion generada |
| o. 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 | **CUMPLE** | Se realizo la revisión del mes de las facturas verificando orden, documentos y soportes auditadas ,con el fin de garantizar una adecuada presentación de las facturas, y asi dar el apoyo necesario en el proceso de entrega y radicación de las cuentas de las facturas genercdas . | Se realiza la entrega de las facturas por el sistema de informacion ( hoja de ruta )organizadas por pagador y por consecutivo a la central de acopio para iniciar proceso de radicacion |
| P.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) | **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, reindución 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 |
| q.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **CUMPLE** | Mejorando continuamente en los procesos ,con calidad en la prestación del servicio, enfocados en nuestra politica, principios, valores, mision y visión para ofrecer un servicio integral en salud . | Se cumplio con la adherencia de las actividades establecidas en los diferentes procedimientos establecidos por la subred . |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):1.837.000 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS MONEDA LEGAL Y CORRIENTE.**

**GLORIA STELLA SALAMANCA ALDANA CONTRATISTA:** GloriaSalamancaAldana

**Fecha :Julio/2018 SANDRA JINET TAPUR HERNÁNDEZ LIDER FACTURACION SUBRED SUR OCCIDENTE**

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-07-05, 02:31:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1013514364

**Periodo Cotización:** julio de 2018 **Periodo Servicio:** julio de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8877685760

**PAGADO 05/07/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | GLORIA STELLA SALAMANCA ALDANA | | |
| **Documento** | CC35522728 | **Dirección** | DG 15 B N 104 45 ET 1 CASA 213 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6087051 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | SALAMANCA ALDANA GLORIA STELLA | **Identificación** | CC 35522728 |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 35522728 | GLORIA STELLA SALAMANCA ALDANA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 781,242 | $ 125,000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2.436 | $ 781,242 | $ 19,100 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 781,242 | $ 15,700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257,500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 125,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 15,700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257,500 | $ 0 | $ 257,500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 | 35522728 |
| NOMBRES | GLORIA STELLA |
| APELLIDOS | SALAMANCA ALDANA |
| 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 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | CONTRIBUTIVO | 15/06/2003 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 07/10/2018 16:51:35 | 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 | 35522728 | SALAMANCA | ALDANA | GLORIA | STELLA | 2018-06 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | COTIZANTE |

### 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 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 05/2018 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 04/2018 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 03/2018 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 02/2018 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 01/2018 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 12/2017 | 15/06/2003 | 30 | COTIZANTE | 4023 |

**INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN**

**Nombre Contratista:** GLORIA SALAMANCA

**Periodo:** Jul-18

| Semana/Actividades | No. Facturas Entregadas | Valor Facturas Revisadas | No. Facturas Entregadas para Remisión | Valor Facturas Entregadas para Remisión | No. Facturas en seguimiento del Analista | Total Facturas devueltas a los facturadores | No. Facturas devueltas a los facturadores por autorizaciones | No. Facturas devueltas a los facturadores por soportes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Semana 1 | 197 | $ 290.387.620 | 158 | $181.228.923,00 | 34 | 5 | 0 | |
| Semana 2 | | | | | | | | OR REVISAR DE AYER 17* SOPORTES D |
| Semana 3 | | | | | | | | |
| Semana 4 | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |
| Verificado Por: (Nombre y firma) | Central de Cuentas (Capital) | | | Facturación (Seguimiento hoja de ruta): | | | | |

| Empresas | No. Facturas por Empresa | No. Facturas devueltas de Central de Cuentas | Valor Facturas devueltas de Central de Cuentas |
|---|---|---|---|
| Capital Evento | 1 | | |
| Capital Urg -hosp -cx | 120 | | |
| Sura eps | 1 | | |
| Capital Contributivo | 8 | | |
| Compensar | 1 | | |
| Convida | 2 | | |
| SALUDTOTAL C | 2 | | |
| Famisanar | 1 | | |
| Soat del estado | 3 | | |
| Cruz Blanca | 2 | | |
| AMBUQ ASOCIACION MUTUAL | 1 | | |
| Mutual Ser | 2 | | |
| Medimas | 1 | | |
| Nueva Eps | 2 | | |
| CAPITAL OSTEOSINTESIS | 1 | | |
| COMPARTA | 1 | | |
| Unicajas | 2 | | |
| Asociacion del cauca | 1 | | |
| Particular | 2 | | |
| UNICAJAS CAPITA | 3 | | |
| TOTAL FACTURAS | 158 | | |

| Facturadores a cargo | Servicio(s) a Cargo | Observaciones |
|---|---|---|
| ANDREA ALVAREZ | SEGUNDO PISO | CIRUGIA GERERAL PISO Y PROGRAMADAS-GINECOLOGIA-ORTOPEDIA |
| LUIS MIGUEL SERNA | OBSERVACION URGENCIAS | URGENCIAS,CIRUGIA GENERA,L GINECOLOGIA, MEDICINA INTERNA,UCIS PEDIATRIA |
| DANIELA BUENO | CONSULTA EXTERNA | CIRUGIAS PROGRAMADAS DE DERMATOLOGIA, UROLOGIA Y OTORRINO |
| JESUS ANDRES MARTINEZ | CONSULTA EXTERNA | CIRUGIAS PROGRAMADAS DE DERMATOLOGIA, UROLOGIA Y OTORRINO |
| LUISA JARA | CONSULTA EXTERNA | CIRUGIAS PROGRAMADAS DE DERMATOLOGIA, UROLOGIA Y OTORRINO Y OFTALMOGOLOGIA |
| | | |

SE RECIBIERON SOPORTES HASTA EL DIA 11 DE JULIO DE 2018, POR PARTE DE ANDREA Y CONSULTA EXTERNA, FACTURAS EN MI PODER SON 34 POR SOPORTES DE AUTORIZACION Y 17 DEL SEGUNDO PISO DEL DIA 11 DE JULIO QUE AUN NO HE REVISADO .

| Tipo de Soporte pendiente y Observaciones: | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Gloria Salamanca Arbara.

GLORIA STELLA SALAMANCA ARBARA NEVADA

**Firma Colaborador: (Contratista)**