Centro de Costos 223

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:	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012318951						
CORREO ELECTRONICO:	ALEXANDRABERARIAS@hotmail.com				CELULAR:	3212895066						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS SAN BERNARDINO				SEDE:	PABLO VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	S04-PA25	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62433288225								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2654 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3	
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10868	FECHA	31/01/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial 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.**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,437,000							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$28,740					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,311,000
VALOR EJECUTADO	$4,311,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,437,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,437,000
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
8326544837	$781.242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

Dado en Bogotá a los treinta y un (30) días del mes de ABRIL del año Dos Mil dieci ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Bohorquez

DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS

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	03/042017	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	PAPS SAN BERNARDINO		Sede: PABLO VI BOSA							
No. DE CONTRATO:	2654-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	4	2,018		30	4	2,018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS		C. C.	1.012.318.951			DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como auxiliar primer contacto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.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	SI	Verificacion en los diferentes aplicativos y base de datos del estado del usuario	hosvital
2..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 Salud Sur Occidente E.S.E	SI	Creacion del usuario en hosvital actualizacion de datos	Asignación de citas
3.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	SI	Creacion del usuario en hosvital actualizacion de datos	Asignación de citas
4..Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.	SI	se verica en las bases de datos	auxiliar 1er contacto
5.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.	SI	se agenda en punto y en linea según la nesecidad del usuario	auxiliar 1er contacto
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.	SI	se verica el usuario y de factura 20 min antes las citas asignadas	auxiliar 1er contacto
7..Realizar diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro	SI	se hace entrega de turno por hosvital y en caso de recaudo en el libro	hosvital - auxiliar de primer contacto
8..Hacer la entrega diaria de las facturas por la modalidad de FFD y EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son	SI	se hace la hoja de ruta y se entrega los soporte en la oficina de facturacion	area facturacion
9. Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.	si	se arma la factura con susdebidos soportes y se realiza su entrega	auxiliar 1er contacto
10..Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	si	se verican los admisiones abiertas y se arregla debido el caso	auxiliar 1er contacto
11..Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manera oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas.	SI	se envia la factura para anular y se arregla en su momento de anulacion	auxiliar 1er contacto
12..Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SI	se sube la factura al archivo y se registra en el libro	auxiliar 1er contacto- area facturacion
13.cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SI	se cumple con procesos establecidos por la subred	auxiliar 1er contacto
14..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).	SI	se soporta la atencion según el caso de usuario	auxiliar 1er contacto

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS ($1.437.000)

Diana Bohorquez Arias 1012318951

C.C 1.012.318.951 DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/año Firma de recibido supervisor 1/7/17

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): DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS
No. Identificación: CC1012318951
Dirección: CLL 80 78 G 85 CASA 97
Telefono: 4280948
Correo: alexandraberarias@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326544837

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS
Tipo y número de identificación	CC1012318951
Número de planilla	8326544837
Fecha pago	2018-04-10
Número de autorización pago	17919647
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS023	Cruz Blanca EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012318951
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS

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
EPS023	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

PAGADA 8326544837

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

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	1012318951
NOMBRES	DIANA ANDREA
APELLIDOS	BOHORQUEZ ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

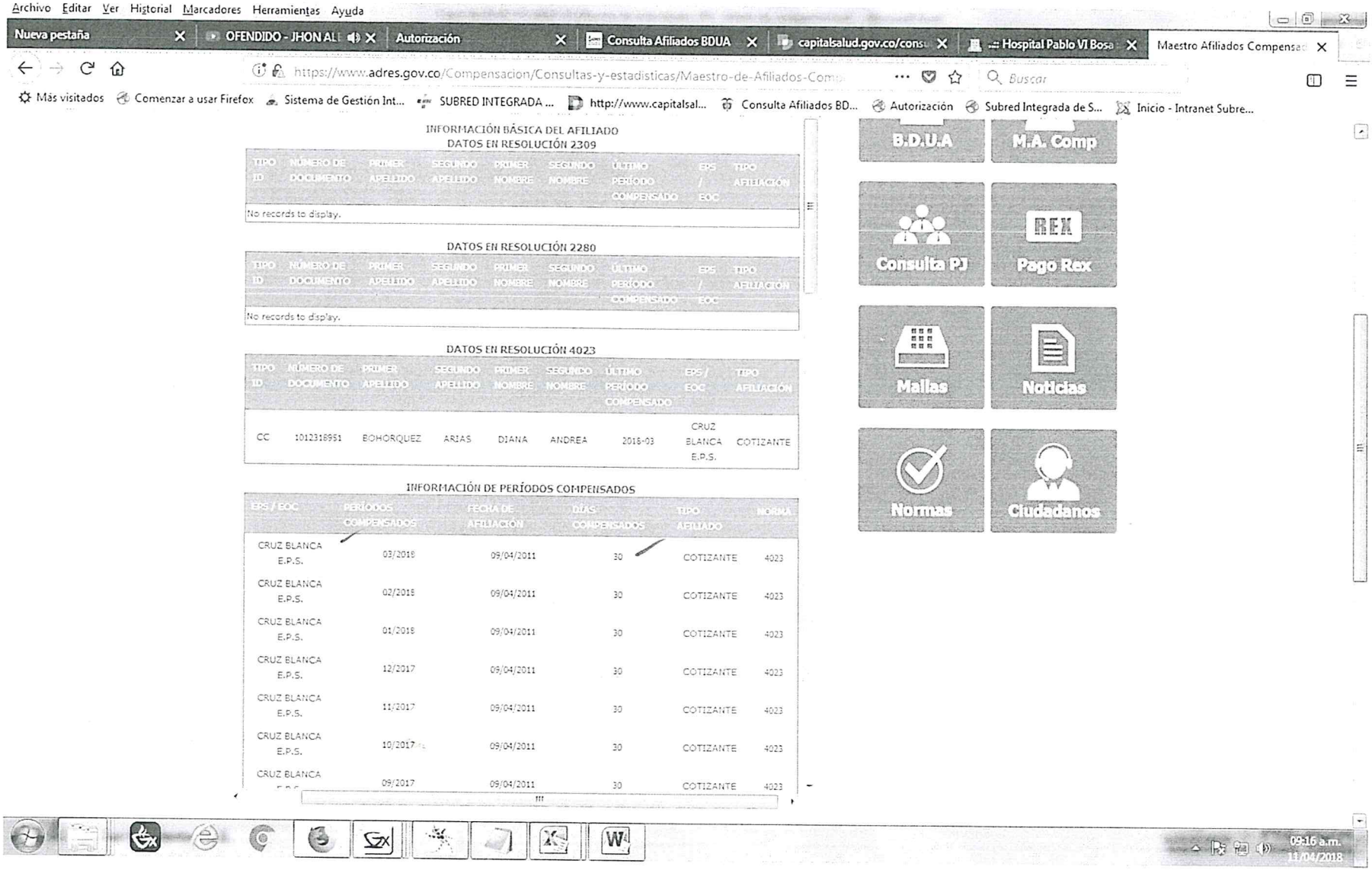
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CRUZ BLANCA E.P.S.	CONTRIBUTIVO	09/04/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/11/2018 09:09:17	Estación de origen:	190.24.132.6

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 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. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la



Archivo Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda

Nueva pestaña | OFENDIDO - JHON ALE | Autorización | Consulta Afiliados BDUA | capitalsalud.gov.co/consu | Hospital Pablo VI Bosa | Maestro Afiliados Compensac

https://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Comp

Buscar

Más visitados | Comenzar a usar Firefox | Sistema de Gestión Int... | SUBRED INTEGRADA ... | http://www.capitalsal... | Consulta Afiliados BD... | Autorización | Subred Integrada de S... | Inicio - Intranet Subre...

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	1012318951	BOHORQUEZ	ARIAS	DIANA	ANDREA	2018-03	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA	09/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023

B.D.U.A | M.A. Comp

Consulta PJ | Pago Rex

Mallas | Noticias

Normas | Ciudadanos

09:16 a.m. 11/04/2018

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN	
Nombre Contratista:	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAZ
Periodo:	MARZO

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
MARZO	755	20,733,986	677 - 15	20,049,360	0	15	684,626	3	?	0	0	10	3
Abril	36·1	12126.570	0 - 0	12126.570	0	0	0	0	0	0	1	3	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):				Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Diana Bohórquez

Firma Colaborador: (Contratista)