Centro de Costos R23

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:	ERIKA LIZETH ARIZA MEJIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1031132243							
CORREO ELECTRONICO:	ERIKARIZA28@GMAIL.COM				CELULAR:	3105787849							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAPS CAMI				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SO4-PA16	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	480700020047								PENSIONADO				

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2667 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10881	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR PRIMER CONTACTO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E,S,E de acuerdo a las necedidades de la institucion.**										
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%	$23,000								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,311,000
VALOR EJECUTADO	$3,353,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,437,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$958,000
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 honorari 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
8326507764	$781,242	$ 97,700	$125,000	3	$ 19,100	**$241,800**

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ERIKA ARIZA

ERIKA LIZETH ARIZA MEJIA
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 CAMI PABLO VI		Sede: PABLO VI BOSA						
No. DE CONTRATO:	SO-2667 DE 2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	4	2,018		30	4	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA LIZETH ARIZA MEJIA		C. C.	1,031,132,243		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)

ERIKA ARIZA

C.C 1031132243 ERIKA LIZETH ARIZA MEJIA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 30/04/2018 Firma de recibido supervisor

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

Señor(es): ERIKA LIZETH ARIZA MEJIA
Nit: CC 1031132243
Dirección: CALLE 54C SUR No.86B-21
Teléfono: 7597614 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ERIKA LIZETH ARIZA MEJIA
Tipo y numero de identificación	1031132243
Número de radicación planilla	8326507764
Fecha de pago	4/9/2018
Número de autorización de pago	1000000324
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Abril 2018
Periodo cotización pensión	Abril 2018
Periodo cotización caja	Abril 2018
Número de administradoras	4
Total Pagado	$246.500
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$4.700	1
EPS005	Sanitas EPS	$97.700	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1031132243	ARIZA MEJIA ERIKA LIZETH	EPS005	230301	CCF24																			781.242	781.242	781.242	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

PROHIBIDA

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	1031132243
NOMBRES	ERIKA LIZETH
APELLIDOS	ARIZA MEJIA
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	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	01/09/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 04/10/2018 09:34:19 | **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 veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de 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	1031132243	ARIZA	MEJIA	ERIKA	LIZETH	2018-03	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE
CC	1031132243	ARIZA	MEJIA	ERIKA	LIZETH	2016-05	E.P.S. SANITAS	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	03/2018	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2018	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2018	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2017	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023

Maestro Afiliados Compensados

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	10/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2016	01/09/2013	30	BENEFICIARIO	4023
E.P.S. SANITAS	05/2016	01/09/2013	0	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2016	01/09/2013	29	BENEFICIARIO	4023
E.P.S. SANITAS	04/2016	01/09/2013	1	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2016	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2015	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2014	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2013	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2013	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2013	01/09/2013	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	ERIKA ARIZA
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	2,007	109,506,810	1882 - 45	109,506,810	0	9	431,440	1	0	0	0	15	5
ABRIL	732	54,089,169	682 - 14	54,089,169	0	2	264,940	0	0	0	1	1	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:	

ERICA ARIZA

Firma Colaborador: (Contratista)