Centro de costo 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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEJANDRA PEÑA RIPOLL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016050313						
CORREO ELECTRONICO:	malejaripoll07@gmail.com				CELULAR:	3508901860						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	04 - FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACIÓN				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	S04 - FO03	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	475070021864								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2726-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4					
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10939	FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar apoyo como FACTURADOR - URGENCIAS II en el área de FACTURACION dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, deacuerdo alas necesidades de la institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,562,000									
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:	$4,841,662
VALOR EJECUTADO	$4,841,662
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,562,000
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 $**1.844.293**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8477557002	$781,242	$97,700	$125,000	3	$19,100	$243,900

Dado en Bogotá mes de Abril del año Dos Mil Diez y Ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Lider de Facturación	Alejandra Peña Ripoll
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	Facturadora Urgencias II 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: FO03 CAMI II					
No. DE CONTRATO:	2726-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	4	2.018		30	1	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEJANDRA PEÑA RIPOLL		C. C.	1.016.050.313		DE	BOGOTÁ				

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO FACTURADOR - URGENCIAS II EN EL AREA DE FACTURACION DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a.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%	Se realizo verificacion de derechos en las diferentes bases realizando comparacion con lo registrado en SIIES por el area encargada.	Se reviso en todas las bases para la respectiva confirmacion de pagador
b.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	100%	Se realizo la respectiva admision del paciente aplicando los ocho correctos, para garantizar el registro confiable en el sistema de la subred integrada de servicios de salud Sur Occidente.	Se confirmo que la historia clinica y diferentes soportes correspondieran al paciente al cual se le estuviera facturando y asi evitar glosa.
c.Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención.laboratorios, ecografías, e.t.c.), consulta de urgencias y los elementos medico quirúrgicos consumidos de acuerdo a lo soportado en la historia clinica generada por el personal asistencial	100%	Se realizo el escaneo oportuno de los documentos para el soporte de la historia clinica y la cuenta respectiva.	Se realizo descarga e impresión de los documentos en SIEES
d.Reportar al área de Autorizaciones los pacientes y eventos que requieran autorización y prorroga de servicios para la atención de los usuarios urgenciados y/o hospitalizados.	100%	Se realizo el reporte al área de auotorizaciones de los pacientes y eventos que se encuentran en los diferentes servicios respectivos.	Se reporto en el libro de admisiones lo requerido por Capital y se envio en base de datos otros pagadores como (Unicajas, ecoopsos, mutual ser)
e.Verificar y Realizar cargue de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren los servicios de las diferentes unidades, como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías ETC., de acuerdo a lo ordenado en por la parte asistencial	100%	Se realizo cargue en linea de servicios de salud prestados a pacientes con estancias de los diferentes servicios.	Revision exahustiva de los diferentes medios de apoyo (pagina de laboratorios, historia clinica e incluso acercandose al area respectiva para confirmar)
f.Realizar la liquidación de cuentas y facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los solución, con Respeto por la Dignidad, Buen Trato y Vocación de Servicio.	100%	Se realizo atencion en los diferentes servicios. Con un enfoque de trato humanizado y digno hacia los usuarios brindando informacion solicitada con respecto al cobro y facturacion de servicios prestados por el Hospital.	Se realiza liquidacion de cuentas con veracidad y claridad, en caso de que el paciente tenga dudas de los liquidado y/o cobrado se le explica cosa por cosa.
g.Hacer diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero	100%	Se realizo recaudo de copagos y cuotas de recuperacion en paciente que por su nivel o categoria asi lo requirieron según normatividad vigente, se entregan informes de tesoreria, se registra en el libro de recaudo el valor recibido a diario y se deposito el sobre debidamente marcado en la caja de seguridad.vigentes y según lineamientos dados por el profesional de facturacion, se entregan soportadas al punteador de facturas para que entren en el proceso de revision.	Se entrega dinero en sobre, con su respectivo cierre de caja y entrega de turno, confirmandolo en el libro respectivo.
h.Realizar la entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito)	100%	Se realizo entrega de turno mediante correo institucional Zimbra al colaborador que recibe turno mencionando inconvenientes con el turno, salidas pendientes , pacientes en proceso de remision con copia al profesional y referente de facturacion.	se entrega turno por medio fisico y digital, con cada pendiente.
i.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 historias clínicas, epicrisis, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT).	100%	se realizo la entrega de facturas con el soporte respectivo de pacientes con egreso en horas del dia , soportandolas de acuerdo a la normatividad vigentes y según lineamientos dados por el profesional de facturacion, se entregan soportadas al punteador de facturas para que entren en el proceso de revision.	Se hace envio por medio de hoja de ruta de todas las facturas cerradas diariamente.

j.Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.	100%	Se realizo el cierre de mes entregando las facturas generadas hasta la fecha de los diferentes servicios.	Se hace cierre de mes respectivo garantizando la entrega de la totalidad de las facturas generadas.
k. Realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	100%	Se realizo revision diaria de ingresos abiertos reportados realizando tramite de cierre con el cobro pertinente de los servicios prestados y en el tiempo estipulado.	Gestionar que los ingresos que hayan sido abiertos tengan generada la factura y/o su respectiva anulacion, haciendo reporte al area.
l.Realizar corrección de las facturas devueltas por los Revisores de cuentas de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la devolución de la factura.	100%	se realizo las correcciones de facturas pendientes, cierre de ingresos abiertos dentro el tiempo establecido por el area de facturación, contribuyendo a la entrega oportuna para el respectivo armado de cuentas y su posterior radicacion.	Entrega oportuna de facturas y notas credito entregadas por mi revisora.
m.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.	100%	Se realizo la anulación pertinentes a la factura de acuerdo a las directrices implementadas por la subred.	Se solicita anulacion de facturas en caso de ser necesario por error.
n.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	Tener sentido de pertenencia con la institución y los procesos de Acreditación para para una mejora continua y contando con buen quipo de trabajo	Manejo sentido de pertenencia con todo lo suministrado por la subred para realizar mi trabajo como facturadora, sin olvidar manejar un trato humanizado y con respeto a los pacientes.
ñ.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)	100%	Consultando la normatividad, y se realizo la verificacion de los soportes solicitados esten adjuntos de acuerdo a los requerimientos del Pagador	Se esta alerta para las solicitudes requeridas y asi mismo solucionarlas en tiempo oportuno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1 . 5 6 2 . 0 0 0 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS MCTE

Alejandra Forero Rincon

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

supervisor:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016050313		PEÑA RIPOLL MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 14 # 108-48 Casa 250	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-04	2018-04	19348312	8477557002	I	2018/04/04	2018/04/12	BANCO DE OCCIDENTE	8	$243,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1016050313	PEÑA MARIA	231001	30	$781,242	$125,000	EPS044	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/04/12 10:18 AM

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	1016050313
NOMBRES	MARIA ALEJANDRA
APELLIDOS	PEÑA RIPOLL
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	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	13/07/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 04/19/2018 13:31:35 | **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**

ID	DOCUMENTO	APELLIDO	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE	COMPENSADO	EOC	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	1016050313	PEA	RIPOLL	MARIA	ALEJANDRA	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1016050313	PEA	RIPOLL	MARIA	ALEJANDRA	2018-03	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE
CC	1016050313	PENA	RIPOLL	MARIA	ALEJANDRA	2016-06	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	01/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	12/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	11/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	10/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	09/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	07/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	06/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	05/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	04/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	03/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	02/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	01/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	12/2016	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	11/2016	01/08/2017	6	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	06/2016	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	05/2016	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023

Unidad para las Víctimas (https://www.unidadvictimas.gov.co/)

Gobierno en Línea (https://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/w3-channel.html)
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (https://www.icbf.gov.co/)
Colombia Compra Eficiente (https://www.colombiacompra.gov.co/colombia-compra/colombia-compra-eficiente)
SECOP (https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do)
Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/)
Organización Panamericana de la Salud (https://www.paho.org/col/)

Atención al ciudadano: Jornada Continua.

Punto de atención presencial y radicación correspondencia:
Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 04:00 p.m.
Avenida Calle 26 # 69 - 76 Torre 1 Piso 17.
Bogotá (571) 432 27 60
Centro Empresarial Elemento
Bogotá, D.C.
Código Postal 111071

Líneas de Atención Telefónica:

Línea gratuita Nacional: 01 8000 423 737
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Virtual: atencionalciudadano@adres.gov.co
Notificaciones judiciales: notificaciones.judiciales@adres.gov.co