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:	OLGA STEFANNY RAMOS MARTINEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.016.075.268							
CORREO ELECTRONICO:	stefannyramos16@gmailcom				CELULAR:	3209151738							
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	7380793641								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2827-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4					
NÚMERO DE CDP	793	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	22087		30/04/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO TECNICO II 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	5	2018		31	5	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.837.000											
TIPO DE SERVICIOS		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:	$7.348.000
VALOR EJECUTADO	$7.348.000
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
8479147924	$781.242,00	$125.000	$97.700	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá en MAYO del año Dos Mil diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
Lider de Facturación
SUBRED SUROCCIDENTE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OLGA STEFANNY RAMOS MARTINEZ
REVISOR DE CUENTAS.
USS FONTIBON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION		Sede: CAMI II							
No. DE CONTRATO:	2827-2018	Periodo certificado	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA STEFANNY RAMOS MARTINEZ		C. C.	1.016.075.268		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como APOYO ADMINISTRATIVO TECNICO II 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Apoyar mediante la preauditoría financiera el correcto procedimiento de facturación, admisión y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de planes de beneficio y aseguradoras, aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en las EAPB.	100%	Se Realizo la preauditoria y el correcto procedimiento de autorizaciones y admisión de la facturación generada de los servicios de UCI de Cami II del turno del noche, urgencias y observaciones la noche y fines de semana teniendo en cuenta la contratación vigente con los diferentes pagadores en salud.	se realizo la preauditoria de cada una de las cuentas y sus debidas devoluciones para la correccion.
b. Colaborar en la revisión y optimización de los procedimientos existentes en facturación, admisiones, devoluciones y autorizaciones, a fin de logar articulación, interrelación y disminución de las objeciones y glosas, así como el aumento de recaudo por pagador. Mediante censos realizados en el servicio asignado	100%	Se realizo diariamente la revisión y 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 hospitalizados de UCI, urgencias y observaciones 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 realizo la confirmacion de facturas según lo enviado por hoja de ruta y se realizo esesoramiento correspondiente para la debida facturacion de las cuentas..
c. Apoyar el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	100%	Se realizo la auditoria y facturación de los servicos prestados a los pacientes de UCI, urgencias y observaciones noche y de los fines de Semana para su posterior facturación, aplicando los terminos de la contratación vigentes para cada pagador teniendo en cuenta la seguridad social de cada paciente, aplicando el correcto cobro de los servicios prestados y garantizando el cobro de los copagos en los casos que asi lo ameriten.	Se realizaron las correspondientes devoluciones por soportes, cargos pendientes y cambios de pagador, asi como las debidas notas credito.
d. Efectuar seguimiento a los puntos de control asignados por la coordinación de Facturación al interior de los procedimientos, admisiones y autorizaciones que garanticen el cobro del 100% de los servicios prestados, tendencia de disminución del nivel de glosas y objeciones de tal forma que se reflejen en el aumento del recaudo efectivo.	100%	Se realizo la revisión de la facturacion a diario de los servicios prestados a los pacientes hospitalizados de UCI Cami II, Noche, fines de semana que tienen salida garantizando el oportuno 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 de los servicios prestados minimizando el riesgo tanto de la subfacturación como de la sobrefacturación.	Se realizaron las correspondientes devoluciones por soportes, cargos pendientes y cambios de pagador de facturas dentro del mes ,y se recibieron las devoluciones del centro de acopio y se realizo su debida correccion o nota credito.
e. Revisar diariamente la documentación y soportes de cada una de las cuentas para garantizar el cobro efectivo de la facturación.de lo contrario solicitar al facturador la correccion de las mismas	100%	Se realizo la devolución de las facturas generadas por el servicio deUCI Cami II, urgencias y hospitalizados 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 tratando de reducir los tiempos de correccion en los servicios de hospitalizados.	se hizo seguimiento a las devoluciones y a las refacturaciones para las notas credito.
f. Preauditar antes del cierre de la factura las cuentas del servicio asignado del 100 % de las Entidades responsables de diligenciamiento de los motivos de devolucion de facturas, la fecha de verificacion de la cuenta, la fecha en la que autorizan la factura para radicar	100%	Se realizo el registro a diario de la facturación auditada en la matriz general de seguimiento de la facturación de los servicios correspondientes a UCI CAMI II , urgencias y observaciones Noche y Fines de semana, garantizando el correcto diligenciamiento de la información requerida permitiendo obtener la información que se requiera en el momento que sea solicitada de manera clara y oportuna.	se reviso la facturacion y se hizo el enrutamiento al centro de acopio.
g. Apoyar la auditoria médica concurrente con las diferentes entidades asignadas.	100%	Se realizo el registro en base de datos las inconsistencias presentadas en cada factura que son motivo de anulacion y se realiza retroalimentación inmedata en cada facturador para su corrección, anexando los soportes pertinenetes de los profesionales.	se realiza el debido asesoramiento para la correccion de las facturas devueltas.
h. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado.	100%	Se realizo la auditoria y facturación de los servicos prestados a los pacientes de UCICami II, urgencias y observaciones noche y de los fines de Semana para su posterior facturación, aplicando los terminos de la contratación vigentes para cada pagador teniendo en cuenta la seguridad social de cada paciente, aplicando el correcto cobro de los servicios prestados y garantizando el cobro de los copagos en los casos que asi lo ameriten	se realizo seguimiento de cierre de la facturacion del servicio y su respectiva auditoria.
i. Realizar el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos	100%	Se realizo el registro en base de datos las inconsistencias presentadas en cada factura que son motivo de anulacion y se realiza retroalimentación inmedata en cada facturador para su corrección y cierre inmediato de los registros abiertos.	se realiza seguimiento de cierre de ingresos con la bitacora que se lleva de las cuentas ya auditadas y con el libro de salidas.

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 1016075268		RAMOS MARTINEZ OLGA STEFANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 119 A N 23 3 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3939311	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	35347287	8479147924	I	2018/05/17	2018/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
CRUZ BLANCA	EPS023	830,009,783	0	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

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	1016075268
NOMBRES	OLGA STEFANNY
APELLIDOS	RAMOS MARTINEZ
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	06/09/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/15/2018 08:58:38	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	1016075268	RAMOS	MARTINEZ	OLGA	STEFANNY	2018-04	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.	04/2018	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	31/05/2014	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACION

Nombre Contratista:	OSCA SIEFANNY RAMOS MARTINEZ
Periodo:	MAYO

Semana/Actividades	No. Facturas Entregadas	No. Facturas Revisadas	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	99	120		99		21			
Semana 2									
Semana 3									
Semana 4									
TOTAL									
Verificado Por: (Nombre y firma)	Central de Cuentas (Capital)				Facturación (Seguimiento hoja de ruta):				

Empresas	No. Facturas por Empresa	Valor Facturas	No. Facturas devueltas de Central de Cuentas	Valor Facturas devueltas de Central de Cuentas
Capital Evento				
Capital Tipología				
xx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				
xxx				

Facturadores a cargo	Servicio(s) a Cargo	Observaciones
Magdy Muñoz	Noche	
Cindy Camargo	Noche	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:		

Firma Colaborador: (Contratista)