

|                                                                                   |                                                                                                                              |                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> | Versión: 3                      |  |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Fecha de aprobación: 15/02/2018 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Código: 04-02-FO-0002           |                                                                                     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |     |                             |   |                 |     |                                                           |          |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-----|-----------------------------|---|-----------------|-----|-----------------------------------------------------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |     | JOSE RAUL ARAUJO CELIS      |   |                 |     |                                                           |          |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |     | C.C.                        | X | C.E.            | NO. |                                                           | 79556468 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |     | joseraul.araujo@hotmail.com |   |                 |     | CELULAR:                                                  |          | 3213087612      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                             |   |                 |     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E |          |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |     | FACTURACION                 |   |                 |     | SEDE:                                                     |          | KE10            |   |                 |   |
| 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:                         |  |                 |     | DAVIVIENDA                  |   |                 |     | TIPO DE CUENTA:                                           |          | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |     | 570106344                   |   |                 |     | PENSIONADO                                                |          | No              |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |           |  |                          |  |        |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|--------------------------|--|--------|--|-------|--|------------|--|-----|--|------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |  |     |  | 2836-2018                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |           |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  | 4 DE 4 |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 793 |  | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 18-abr-18 |  | NÚMERO DE CRP            |  | 22096  |  | FECHA |  | 30/04/2018 |  |     |  |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |     |  | (Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 Apoyo Técnico Administrativo II) |  |           |  |                          |  |        |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
| 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%                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |           |  |                          |  |        |  |       |  |            |  |     |  |      |  |

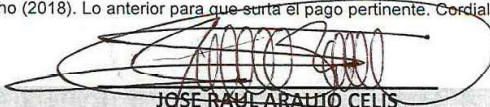
|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 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 intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 27352021           | \$781.242,00      | \$97.700                 | \$125.000          | 3         | \$19.100   | \$241.800     |

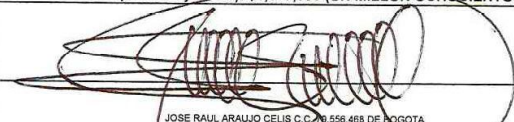
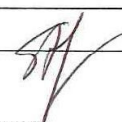
Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Mayo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ</b><br>LIDER DE PROCESO DE FACTURACION | <br><b>JOSE RAUL ARAUJO CELIS</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                 |            |            |                                                                                                                                                                                                                                         |            |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| <b>Ubicación del Servicio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                        | FACTURACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Sede: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E |            |            |                                                                                                                                                                                                                                         |            |            |            |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2836-2018              | <b>Periodo certificado desde el</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>Día</b>                                                      | <b>Mes</b> | <b>Año</b> | <b>a</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 1                                                               | 5          | 2.018      | a                                                                                                                                                                                                                                       | 31         | 5          | 2.018      |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | JOSE RAUL ARAUJO CELIS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | C. C.                                                           | 79.556.468 |            |                                                                                                                                                                                                                                         | DE         | BOGOTA     |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> (Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 Apoyo Técnico Administrativo II)                       |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                 |            |            |                                                                                                                                                                                                                                         |            |            |            |
| <b>El resultado del cumplimiento del contrato es:</b> Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                 |            |            |                                                                                                                                                                                                                                         |            |            |            |
| <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>PROGRAMADO</b>      | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                 |            |            | <b>PRODUCTOS ENTREGADOS</b>                                                                                                                                                                                                             |            |            |            |
| 1. Apoyar mediante la preauditoria 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%                   | Apoyé la preauditoria financiera y el correcto procedimiento de facturación, admisión y autorizaciones, con las diferentes entidades responsables de planes, beneficios y aseguradoras, aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la unidad prestadora de servicios de salud occidente de Kennedy con los convenios y esquemas tarifarios.       |  |                                                                 |            |            | actas y compromisos firmados por ambas partes obteniendo el resultado final reflejados en las facturas generadas y entregadas.                                                                                                          |            |            |            |
| 2. Colaborar en la revisión y optimización de los procedimientos existentes en facturación, admisiones, devoluciones y autorizaciones, a fin de lograr 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%                   | Colabore en la revisión y optimización de los procedimientos existentes en facturación, admisiones, devoluciones y autorizaciones, a fin de lograr articulación, interrelación y disminución de las objeciones y glosas, así como el aumento de recaudo por pagador. Mediante censos realizados en el servicio asignado.                                          |  |                                                                 |            |            | audite las cuentas generadas por los liquidadores a cargo, verificando la no subfacturación o sobrefacturación por los servicios prestados, evitando glosas a futuro.                                                                   |            |            |            |
| 3. Apoyar el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el proceso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E                                                                                                                 | 100%                   | Apoye el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos institucionales y la óptima facturación, admisiones, autorizaciones, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el proceso                                                                                                                                |  |                                                                 |            |            | se apoyo en conjunto, trabajando en equipo con las áreas de admisiones, autorizaciones, facturación y trabajo social en pro de los procesos institucionales                                                                             |            |            |            |
| 4. 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%                   | Realice el seguimiento a los puntos de control asignados por la coordinación de Facturación al interior de los procedimientos de facturación, 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. |  |                                                                 |            |            | se apoyo en equipo junto con las directrices y conocimientos de los auditores medicos en la parte asistencial, para obtener resultados que se reflejaran en una facturación mas sana.                                                   |            |            |            |
| 5. Revisar diariamente la documentación y soportes de cada una de las cuentas para garantizar el cobro efectivo de la facturación.                                                                                                                                                                                                                  | 100%                   | Realice diariamente la documentación y soportes de cada una de las cuentas para garantizar el cobro efectivo de la facturación.                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                 |            |            | se realizo la verificación de factura contra soportes de autorización, historia clínica, soportes diagnósticos y documentación que compuben y argumenten el pagador y datos del paciente.                                               |            |            |            |
| 6. Preauditar antes del cierre de la factura las cuentas del servicio asignado del 100 % de las Entidades responsables de pago en cuanto a: Cargos contra historia clínica, soportes, etc., evitando así la subfacturación o sobrefacturación de servicios                                                                                          | 100%                   | Preaudite antes del cierre de la factura las cuentas del servicio asignado del 100 % de las Entidades responsables de pago en cuanto a: Cargos contra historia clínica, soportes, etc., evitando así la subfacturación o sobrefacturación de servicios.                                                                                                           |  |                                                                 |            |            | se realizo acompañamiento diariamente para realizar a la factura la preauditoria pertinente en el turno de la mañana y la tarde para la debida y oportuna corrección de errores asistenciales en la historia medica y en la facturación |            |            |            |
| 7. Apoyar la auditoria médica concurrente con las diferentes entidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100%                   | Apoyar la auditoria médica concurrente con las diferentes entidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                 |            |            | en el area de facturación no contamos con el apoyo de auditoria medica.                                                                                                                                                                 |            |            |            |
| 8. Garantizar la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado.                                                                                                                                                                                                                                       | 100%                   | Preaudite la efectividad de cobro para el 100% de las cuentas médicas generadas por el servicio asignado.                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                 |            |            | preaudite los cargues a cobrar con respecto a servicio que se le presto al paciente junto con el soporte de la historis clinica.                                                                                                        |            |            |            |
| 9. Realizar el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos                                                                                                                                                                                                                                      | 100%                   | Realize el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                 |            |            | se tabulo los ingresos abiertos con una fecha aproximada o fecha inmediata para su respectivo cierre con motivo de peso.                                                                                                                |            |            |            |
| 10. Realizar la entrega de las facturas al área de facturación, en los tiempos establecidos, debidamente para garantizar la radicación en las diferentes E.A.P.B.                                                                                                                                                                                   | 100%                   | Entregue facturas para su radicación en los tiempos establecidos en el sistema de las facturas generadas por el servicio asignado debidamente soportadas dentro de los términos establecidos para garantizar la radicación en las                                                                                                                                 |  |                                                                 |            |            | se entregó las facturas de acuerdo a lo entregado por los liquidadores a cargo, con el control respectivo como soporte para su radicación.                                                                                              |            |            |            |
| 11. Solicitar anulaciones de los liquidadores de su servicio una vez el facturador haya efectuado la refacturación de los servicios incluidos en la factura objeto de anulación.                                                                                                                                                                    | 100%                   | Solicite anulaciones de los liquidadores de su servicio una vez el facturador haya efectuado la refacturación de los servicios incluidos en la factura objeto de anulación.                                                                                                                                                                                       |  |                                                                 |            |            | se realizo la solicitud a la persona encargada del proceso                                                                                                                                                                              |            |            |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12. Solicitar anulaciones y garantizar la refacturación por parte del responsable, de cuentas medicas devueltas.                                                                                                                                                                  | 100% | Solicite anulaciones y garantice la refacturación por parte del responsable, de cuentas medicas devueltas.                                                                                                                     | se realizo la anulacion en dentro del mes correspondiente para su debida correccion; las cuentas que no se                                                                                        |
| 13. Entregar al Líder de Facturación, informes periódicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma.                                                                                                                                                      | 100% | Entregue al Lider de Facturación, informes periódicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma.                                                                                                       | se entrego a la lider del proceso los avances con la entrega de facturas por parte de los liquidadores                                                                                            |
| 14. Generar y entregar a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias presentadas en la facturación del servicio asignado, y así mismo, generar acciones de mejora.                                                 | 100% | Genere y entregue a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias presentadas en la facturación del servicio asignado, con el respectivo plan de mejora sugerido. | se entregaron oficios informando las inconformidades de los faltantes en el servicio con actas que soportan la mejora, el compromiso los hallazgos y así mismo las para el cambio hasta la fecha. |
| 15. Apoyar al servicio asignado en la solución de dificultades presentadas diariamente y la diligencia la oportuna liquidación de servicios.                                                                                                                                      | 100% | Apoye el servicio que me fue asignado en la solución de dificultades diariamente y la diligencia oportuna de la liquidación de servicios.                                                                                      | se realiza seguimiento y acompañamiento a diario en capacitaciones y apoyo físico a la hora de liquidar a la par con el facturador en horas de alto volumen de salidas.                           |
| 16. 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.                                                                            | 100% | Apoye los puntos de facturación del hospital cuando se requiera, garantizando el buen desarrollo de los diferentes procedimientos.                                                                                             | de acuerdo a mis conocimientos dentro del area de facturacion apoyo los servicios que me sea asignado con la certeza de que el resultado final sea el indicado para no dar lugar a glosa.         |
| 17. 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 y de manera simultanea la entrega de las facturas con sus respectivos soportes, dejando evidencia documental                  | 100% | Se utiliza el aplicativo hospital - hoja de ruta para el envío a la central de cuentas las facturas correspondientes a los facturadores asignados                                                                              | Se envia el archivo por la hoja de ruta para la consoplidacion y armado de la cuenta de cobro ante la eps                                                                                         |
| 18. 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% | Se brinda apoyo a las diferentes solicitudes que se gestionan ante el area para la posible solucion de glosas generadas                                                                                                        | Se aportan los soportes pertinentes para solucion a la glosa generada                                                                                                                             |
| 19. Apoyar el proceso de radicación de cuentas de la oficina de facturación de la unidad.                                                                                                                                                                                         | 100% | Se envia archivo por el aplicativo hospital - hoja de ruta para la radicacion de la respectiva cuenta                                                                                                                          | Los funcionarios a cargo realizan el proceso de radicacion                                                                                                                                        |
| 20. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                                     | 100% | Se siguen las instrucciones que se emiten a traves de la sub red y/o lideres de proceso de facturacion                                                                                                                         | Se asiste a las reuniones correspondientes a fortalecer procesos y nuevos direccionamientos del proceso                                                                                           |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                   |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,837,000 (UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M.CTE)                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                   |
| <br>JOSE RAUL ARAUJO CELIS C.C. 9.556.468 DE BOGOTÁ                                                                                                                                            |      | Fecha :05/2017 Firma de recibido supervisor: <br>SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ                                                            |                                                                                                                                                                                                   |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                       |      |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                   |

Mayo 15 de 2018 / 9:14 AM

## Planillas / Resumen de pago

[illegible]

Nit: 79556468

| Periodo liquidación | Pensiones | Mayo 2018 |
|---------------------|-----------|-----------|
|                     |           |           |

**Periodo liquidación Salud:** Mayo 2013

**Total a pagar:** \$241,800

**Total de empleados:** 1

Número de administradoras: 3

| DEL PERIODO A ICBP Y SERVA |          |          |               |       | NO. DE |
|----------------------------|----------|----------|---------------|-------|--------|
| R                          | DIA NOVA | INT MOVA | TOTAL A PAGAR | AP/IN |        |
| 0 0                        |          | 0        | 0             | 0     |        |
|                            |          |          |               |       |        |
|                            |          |          |               |       |        |
|                            |          |          |               |       |        |
|                            | SERVA    | 0        | 0             | 0     |        |
| 0 0                        |          |          |               |       |        |
|                            |          |          |               |       |        |
|                            |          |          |               |       |        |
|                            |          |          |               |       |        |

**Nit recaudo:** 9998600369427

**Medio de pago:** Pago Electrónico por PSE

**Número de aprobación:** 334476751

| AGAR POR TIPO<br>ESTRATEGIA | ANTES DE<br>DEBATE Y<br>MORA | VALOR TOTAL |
|-----------------------------|------------------------------|-------------|
|                             | 125,000                      | 125,000     |
| RALES                       | 97,700                       | 97,700      |
|                             | 19,100                       | 19,100      |
|                             | 0                            | 0           |
|                             | 0                            | 0           |
|                             | 0                            | 0           |
|                             | 0                            | 0           |
| EDUCACION                   | 0                            | 0           |
|                             | 241,500                      | 241,500     |

## 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 |  | 79556468     |
| NOMBRES                  |  | JOSE RAUL    |
| APELLIDOS                |  | ARAUJO CELIS |
| FECHA DE NACIMIENTO      |  | */**/**      |
| DEPARTAMENTO             |  | BOGOTA D.C.  |
| MUNICIPIO                |  | BOGOTA D.C.  |

### Datos de afiliación :

|        |                  |              |                                  |                                           |                  |
|--------|------------------|--------------|----------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| ESTADO | ENTIDAD          | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN<br>EFFECTIVA | FECHA DE<br>FINALIZACIÓN DE<br>AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
| ACTIVO | COMPENSAR E.P.S. | CONTRIBUTIVO | 30/09/1999                       | 31/12/2999                                | COTIZANTE        |

Fecha de Impresión: | 05/15/2018 10:52:47 | Estación de origen: | 190.26.249.198

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.

# 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. Si 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 SAVP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

| TIPO                   | 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                   | 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 | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC        | TIPO AFILIACIÓN |
|------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|------------------|-----------------|
| CC   | 79556468            | ARAUJO          | CELS             | JOSE          | RAUL           | 2018-05                   | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE       |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC        | PERÍODOS COMPENSADOS | FECHA DE AFILIACIÓN | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | NORMA |
|------------------|----------------------|---------------------|------------------|---------------|-------|
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2018              | 01/12/2013          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2018              | 01/12/2013          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2018              | 01/12/2013          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2018              | 01/12/2013          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2018              | 01/12/2013          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2017              | 01/12/2013          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |