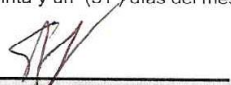
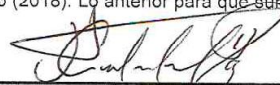
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1018410415	
CORREO ELECTRONICO:			sanchosg@hotmail.com			CELULAR:		3208735939	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PAPS SAN BERNARDINO			SEDE:		PABLO VI	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		R23	100						
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			6270492884					PENSIONADO No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			2672 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 de 4	
NÚMERO DE CDP		793	FECHA		18/04/2018	NÚMERO DE CRP		21946	FECHA
									30/04/2018
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios profesionales y 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 institución - apoyo facturación de consulta externa I						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		DÍA	MES	AÑO	HASTA	
					1	5	2018	31 5 2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$1,437,000						
TIPO DE SERVICIOS			Administrativo			RESERVA DE GLOSA 2%		\$0	
OBSERVACIONES:									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO						VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$5,748,000			
VALOR EJECUTADO						\$5,748,000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,437,000			
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 <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			
8327044162	\$781.242	\$98,400	\$125,900	3	\$19,300	\$243,600			
Dado en Bogotá a los treinta y un (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil dieci ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,									
 SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA			



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2
03/04/2017
04-02-FO-0002

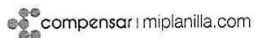


Ubicación del Servicio:	PAPS SAN BERNARDINO		Sede: PABLO VI BOSA					
No. DE CONTRATO:	2672- 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			1	5	2018	31	5	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ		C. C.	1.018.410.415 DE BOGOTÁ				
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencia 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 administrativo facturador consulta externa I								
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO PROGRAMADO								
OBLIGACIONES CONTRACTUALES			ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS		
1. Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (EDUA, 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			Verificación en los diferentes aplicativos y base de datos del estado de afiliación del usuario (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			Entrega de facturas		
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			Creación del usuario en el hospital, actualización de datos cada vez que asista el paciente.			Admisión del paciente en Hospital		
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			Asignar y facturar las citas al convenio de acuerdo a la contratación vigente.			Asignación y entrega de facturación de as citas de acuerdo a la contratación vigente.		
4. Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.			Verificar al código de autorización generado por la entidad y servicio a facturar según contratación, además de digitar el código en Hospital			Entrega de facturas de evento y ambulatorio según el caso con los debidos soportes.		
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.			Se agenda en cada unidad y en línea según la necesidad del usuario, y disponibilidad de citas.			Entrega de voucher de asignación de la cita, cargar completamente al agenda del profesional.		
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.			Facturación de servicios adecuados de acuerdo a la normalidad y contratación vigente y así mismo recaudación de copagos a los usuarios que lo requieren. (Realizar recibo de caja).			Entrega de facturas diferentes pagadores y recibos de caja debidamente firmado por el usuario.		
7. Realizar diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro			Se hace entrega de turno por hospital, como testigo al compañero que recibe y en caso de recaudo se registra en el libro de tesorería.			Libro de tesorería y hoja de entrega de turno por Hospital.		
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 historias clínicas, 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 - ECAI).			Se hace la hoja de ruta y se entrega los soportes completos de las facturas de FFD y EVENTO en la oficina de facturación, en las fechas establecidas.			Facturas generadas (3) con los cabidos soportes como autorización cuando lo requiere e historia clínica.		
9. Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.			Se realiza la entrega de las facturas en su totalidad con los debidos soportes.			Facturas generadas en el mes con hoja de ruta y los debidos soportes, entregadas a la oficina de facturación.		
10. Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos			Verificar admisiones atentas según el reporte generado semanalmente y darles solución a las mismas.			Se entrega registro de seguimiento semanal en archivo excel con la solución de cada registro.		
11. Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manera oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas.			Se envía la factura para anular o se complementan soportes según la observación del revisor y se entrega dentro del plazo establecido.			Entrega de facturas con soportes completos y corregidos según observación durante el plazo establecido.		
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.			Se registra el número de la factura al archivo de excel y en el libro físico, para que sea realizado el respectivo proceso de anulación y reemplazo de la misma según el caso.			Archivo excel y libro físico debidamente diligenciado y en caso de ser necesario entrega de factura de reemplazo.		
13. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			Se cumple a cabalidad los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			Se realiza el cumplimiento de los procedimientos institucionales a cabalidad.		
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).			Se realiza la entrega de los soportes requeridos en el tiempo establecido y en el caso que sea necesario para dar respuesta a las entidades competentes.			Entrega soportes de facturación y atención en los casos requeridos por la entidad con la debida respuesta.		
OBSERVACIONES:								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.437.000 (Milquatrocientos Treinta y Siete Mil pesos)								
Firma del Contratista:								
Firma del Supervisor:								
Fecha:								
JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ CC: 1018410415								
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA								
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.								

Señor(a): JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ
No. Identificación: CC 1018410415
Dirección: CR 39 A 29 A 74 SUR
Teléfono: 3208735939 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327044162
 CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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



Nombre	JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ
Tipo y Número de Identificación	CC 1018410415
Número Planilla	8327044162
Fecha de Pago	5/16/2018
Número de Autorización de Pago	40172864
Banco	1023
Valor Pagado	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Gaja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$243.600
Total Interes Mora	\$1.800

[illegible]

TIPO DOC:	CC									
NO. DOCUMENTO:	1018410415									
APELLIDOS Y NOMBRES	SANCHEZ GOMEZ JUAN CARLOS									
COD. EPS	COD. AFP	U	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	PONTO SOLICITADO
EDP006	230001	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:											
NO. DOCUMENTO:											
APELLIDOS Y NOMBRES											
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIO	

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

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	1018410415
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	SANCHEZ GOMEZ
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	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	28/05/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/16/2018 13:45:48	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 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. 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 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	1018410415	SANCHEZ	GOMEZ	JUAN	CARLOS	2018-04	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.	04/2018	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	01/12/2017	20	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:		JUAN CARLOS SANCHEZ GOMEZ											
Periodo:		ABRIL - MAYO											
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 pendientes por autorizaciones	No. Facturas pendientes por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
ABRIL	1,046	34,358,046	1,046	34,358,049	0	19	757,250	5	?	0	0	28	8
MAYO 1 AL 14	732	21,711,410	732	21,711,410	0	6	141,120	0	0	0	0	9	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):	Andrea Busto		Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:				Analista:					

REGISTROS ABIERTOS COLGADOS E DIA DE HOY 15-05-2018 SE RESOLVERAN EN EL TRANSCURSO DE LA SEMANA MAXIMO PLAZO 18-05-2018

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:



Firma Colaborador: (Contratista)