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:	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012318951							
CORREO ELECTRONICO:	ALEXANDRABERARIAS@hotmail.com				CELULAR:	3212895066							
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	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R23	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62433288225								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2654 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 4			
NÚMERO DE CDP	793	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21931	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion administrativa y /o asistencial 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 al requerimiento institucion - apoyo adminitratvo facturador de consulta extrerna I									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,437,000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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 **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
8327192269	$781.242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

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,

APORTE A SALUD 12.5% IBC

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Bohórquez

DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/042017	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	PASF SANBERNARDINO			**Sede: PABLO VI BOSA**						
No. DE CONTRATO:	2654 - 2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS			**C. C.**		1,012,318,951	**DE**		BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de poyo 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. Apoyo administrativo facturador consulta externa I

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	SI	Verificacion en los diferentes aplicativos y base de datos del estado de afiliacion 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	SI	Creacion del usuario en hosvital, actualizacion de datos cada vez que asista el paciente.	Admision del paciente en Hosvital
3.Verficar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para la asignación del servicio ambulatorio	SI	Asignar y facturar las citas al convenio de acuerdo a la contratacion vigente.	Asignacion y entrega de facturacion de las citas de acuerdo a la contratacion vigente.
4..Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.	SI	Verificar el codigo de autorizacion generado por la entidad y servicio a facturar según contratacion, ademas de digitar el codigo en Hosvital.	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.	SI	Se agenda en cada unidad y en linea según la nesecidad del usuario, y disponibilidad de citas.	Entrega de baucher de asignacion de la cita, cargar completamente al agenda del profacional.
6..Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario.	SI	Facturacion de servicios adecuados de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente y asi mismo recaudacion 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	SI	Se hace entrega de turno por hosvital, como testigo al compañero que recibe y en caso de recaudo se registra en el libro de tesoreria.	Libro de tesoreria y hoja de entrega de turno por Hosvital.
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 - ECAT).	SI	Se hace la hoja de ruta y se entrega los soportes completos de las facturas de FFD y EVENTO en la oficina de facturacion, en las fechas establecidas.	Facturas generadas (3) con los debidos soportes como autorizacion cuando lo requiere e historia clinica.
9. Garantizar que el último dia del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.	SI	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 facturacion
10..Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos	SI	Verificar admisiones abiertas según el reporte generado semanalmente y darles solucion a las mismas.	Se entrega registro de seguimiento semanal en archivo excel con la solucion 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.	SI	Se envia la factura para anular o se complentan soportes según la observacion del revisor y se entrega dentro del plazo establecido.	Entrega de facturas con soportes completos y corregidos según observacion 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.	SI	Se registra el numero de la factura al archivo de excel y en el libro fisico, para que sea realizado el respectivo proceso de anulacion y reemplazo de la misma según el caso.	Archivo excel y libro fisico 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.	SI	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 soliciludes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B).	SI	Se realiza la entrega de los soportes requieros en el tiempo establecido y en el caso que sea necesario para dar respuesta a las entidades competentes.	Entrega soportes de facturacion y atencion en los casos requeridos por la entidad con la debida respuesta.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.437.000 (Millon Cuatrocientos Treinta y Siete Mil pesos)

Diana Bohorquez

DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS CC.1012318951

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/año Firma de recibido supervisor:

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS
No. Identificación: CC1012318951
Dirección: CLL 80 78 G 85 CASA 97
Telefono: 4280948
Correo: alexandraberarias@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8327192269

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS
Tipo y número de identificación	CC1012318951
Número de planilla	8327192269
Fecha pago	2018-05-08
Número de autorización pago	35049954
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS023	Cruz Blanca EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012318951
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS023	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

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	1012318951
NOMBRES	DIANA ANDREA
APELLIDOS	BOHORQUEZ ARIAS
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	09/04/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/15/2018 13:28:50	**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. 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	1012318951	BOHORQUEZ	ARIAS	DIANA	ANDREA	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	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	09/04/2011	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN	
Nombre Contratista:	DIANA ANDREA BOHORQUEZ ARIAZ
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 pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
ABRIL	1,226	41,783,480	1,226	41,783,480	0	25	1,471,867	4	?	0	0	16	0
MAYO 1 AL 14	282	10,878,970	282	10,878,970	0	6	255,610	2	?	0	0	7	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):	Andrea Basto		Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:						

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Diana Bohórquez

Firma Colaborador: (Contratista)