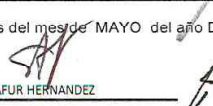
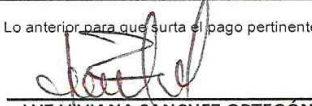
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUZ VIVIANA SANCHEZ ORTEGON							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52.464.190		
CORREO ELECTRONICO:				viviorrego@hotmail.com			CELULAR:		3134784839		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PALESTINA			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				75904322345			PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2680 DE 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 de 4			
NÚMERO DE CDP		793	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP		21954	FECHA	30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la Gestión administrativa y /o asistenciales en el área de facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Sub Red Integrada de Salud sur Occidente E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional - Apoyo administrativo facturador consulta externa 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				Administrativo			RESERVA DE GLOSA 0%				
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:							\$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 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					
8327478241	\$781.242	\$97,700	\$125,000	3	\$19,100	\$241,800					
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 LUZ VIVIANA SANCHEZ ORTEGÓN NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

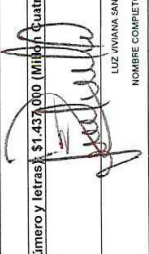
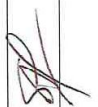
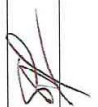
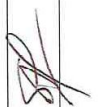
INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Sur Occidente E.S.E.

Versión: 2

Fecha de aprobación: 03/04/2017

Código: 04-02-FO-0002

Ubicación del Servicio:		PAPS PALESTINA		Sede: PABLO VI BOSA	
No. DE CONTRATO:	2680- 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ IVIANA SANCHEZ ORTEGON		Día	Mes
				31	5
				DE	BOGOTA
				52,464,190	
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 administrativo facturador consulta externa I					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO Servicios: SI NO PROGRAMAD					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		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		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 hospital, actualización de datos cada vez que asista el paciente.		Admisión de 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 las 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 el 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 vigentes y así mismo recaudación de copagos a los usuarios que lo requieren. (Realizar recibo de caja).		Entrega de facturas diferentes pagadoras 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 3047/2006 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - ECAT).		Se hace la hoja de rúlay 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 debidos soportes como autorización cuando lo requiere 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 rúlay 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 alertas 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 (Mil y cuatrocientos Treinta y Siete Mil pesos)					
 LUZ IVIANA SANCHEZ ORTEGON CC52464190 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.		Fecha:  Firmado:  Fecha: 			

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

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

Señor(a): LUZ VIVIANA SANCHEZ
No. Identificación: CC52464190
Dirección: CRA 78 G # 73H-22
Telefono: 5770471
Correo: viviortego@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8327478241

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ VIVIANA SANCHEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52464190	Periodo de Cotización Salud	mayo de 2018
Número de planilla	8327478241	Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2018
Fecha pago	2018-05-11	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	37677920	Total Pagado	257500
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15700	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 52464190
 APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ VIVIANA SANCHEZ

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
EPS008	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

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	52464190
NOMBRES	LUZ VIVIANA
APELLIDOS	SANCHEZ ORTEGON
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	27/04/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/16/2018 09:25:02 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](#)

Compensación » Consultas y estadísticas » Maestro de Afiliados Compensados (<https://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados>)

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 cruzada 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	52464190	SANCHEZ		LUZ	VIVIANA	2017-02	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANT
CC	52464190	SANCHEZ	ORTEGON	LUZ	VIVIANA	2018-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANT

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORM
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	01/05/2010	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	01/05/2010	30	COTIZANTE	4023

Nombre Contratista:

LUZ VIVIANA SANCHEZ ORTEGON

Periodo:

ABRIL - MAYO

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

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	831	13,934,159	831	13,934,199	0	17	320,331	12	?	0	0	16	0
MAYO 1 AL 14	419	6,924,425	419	6,924,425	0	1	14,400	0	0	0	0	7	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):	Andrea Bato			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:

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

Viviana Sanchez

Firma Colaborador: (Contratista)

 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 TESORERÍA		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:				LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		1012395956				
CORREO ELECTRONICO:				milady193@hotmail.com				CELULAR:		3202414813			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PAPS MOVIL				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%		100%								
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				69516887869				PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2658 DEL 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		Pago 4 de 4			
NÚMERO DE CDP		793	FECHA	18/04/18	NÚMERO DE CRP		21935	FECHA	30/04/18				
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE PRIMER CONTACTO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUDRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional como Apoyo administrativo Facturador Consulta Externa 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				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%		\$27,600			
OBSERVACIONES: NINGUNA													

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
8327193558	\$781,242.00	\$97,700	\$125,800	3	\$19,100	\$242,600

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO

Ubicación del Servicio:		PASP MOVIL		Sede: PABLO VI BOSA	
No. DE CONTRATO:	2658 - 2018		Periodo certificado desde el		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO		Día	Mes
				1	5
				C. C.	1.012.395.956 DE BOGOTÁ
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 administrativo facturador consulta externa I					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI O PROGRAMAD O PRODUCTOS ENTREGADOS					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES			ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar verificación de derechos en las paginas de ADRES (BDJA, 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		Verificación en los diferentes aplicativos y base de datos del estado de afiliación del usuario, (ADRES (BDJA, 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
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		Creación del usuario en hospital, actualización de datos cada vez que asista el paciente.
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			SI		Asignar y facturar las citas al convenio 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.			SI		Verificar el código de autorización generado por la entidad y servicio a facturar según contratación, además de digitar el código en Hospital.
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 línea según la necesidad del usuario, y disponibilidad de citas.
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		Facturación de servicios adecuados de acuerdo a la normatividad y contratación vigente y así mismo recaudación de copagos a los usuarios que lo requieren. (Realizar recibo de caja)
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 hospital, como testigo al compañero que recibe y en caso de recaudo se registra en el libro de tesorería.
8. Hacer la entrega diaria de las facturas por la modalidad de FPD 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 FPD / EVENTO en la oficina de facturación, en las fechas establecidas.
9. Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FPD y EVENTO			SI		Se realiza la entrega de las facturas en su totalidad con los debidos soportes.
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 solución a las mismas.
11. Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manejo oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas.			SI		Se envia la factura para anular o se complementan soportes según la observación del revisor y se entrega dentro del 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 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.
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.
14. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecuencia 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 requerios en el tiempo establecido y en el caso que sea necesario para dar respuesta a las entidades competentes.
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.437.000 (Millon Cuatrocientos Treinta y Siete Mii pesos)					

LEIDY JOHANNA UREA

LEIDY JOHANNA UREA CARRILLO CC 101359556

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

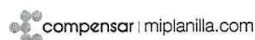
Tachy: adhaerentibus. Clavus: adhaerentibus, exsertentibus.

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

Señor(a): LEYDI JOHANNA URREA CARRILLO
No. Identificación: CC 1012395956
Dirección: CR 77 I BIS NO 69 B 36 SUR
Teléfono: 4720242 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327193558
QITE 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	LEYDI JOHANNA URREA CARRILLO
Tipo y Número de Identificación	CC 1012395956
Número Plazilla	8327193558
Fecha de Pago	5/4/2018 ✓
Número de Autorización de Pago	27193558
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	\$257.500
Total Interés Micro	

[illegible][illegible]

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	1012395956
NOMBRES	LEIDY JOHANNA
APELLIDOS	URREA CARRILLO
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	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	02/02/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/15/2018 11:05:36	Estación de origen:	177.252.253.247
---------------------	------------------------	---------------------	-----------------

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.

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	1012395956	URREA	CARRILLO	LEIDY	JOHANNA	2014-04	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1012395956	URREA	CARRILLO	LEYDI	JOHANNA	2018-05	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	02/02/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	02/02/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	02/02/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	02/02/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	02/02/2015	30	COTIZANTE	4023

Nombre Contratista:

LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO

Periodo:

ABRIL - MAYO

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas a Analistas y Remisión de cuentas FFDs	Vi. 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	815	22,051,335	815	22,051,335	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAYO 1 AL 14	291	8,977,280	291	8,977,280	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total													
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación: (Seguimiento hoja de ruta):	Andrea Busto			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:	FA		Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:

LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO

Firma Colaborador: (Contratista)