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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STEFANIA BERNAL HERRERA					NO.	1010175203						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			CELULAR:	3194519798						
CORREO ELECTRONICO:	stefaniabernal21@hotmail.com					USS BOSA							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SUBGERENCIA ASISTENCIAL					SEDE:	Bosa						
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	4800368955.00						PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3165-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	794	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	22379	FECHA	30/04/2018			
OBJETIVO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA FINANCIERA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,707,000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11,956,000
VALOR EJECUTADO	$11,956,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,707,000
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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8327489834	1,040,000	$130,700	$167,200	3	$25,600	**$323,500**

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

Cordialmente

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DE LIDER DE PROCESO:

STEFANIA BERNAL HERRERA
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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION USS BOSA			**Sede: USS BOSA**						
No. DE CONTRATO:	3165-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STEFANIA BERNAL HERRERA		**C. C.**	1.010.175.203			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA FINANCIERA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoya la supervision y el cumplimiento de los procedimientos del area de facturacion , realizando el seguimiento que todos los servicios prestados sean facturados a las diferentes Aseguradoras	SI	Verificacion de los servicios facturados evidenciados en las relaciones de envio vs informe sistemas	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area
2. Apoyar la referencia y supervision de la facturacion y el cumplimiento del 100 % de radicacion de la facturacion generadas en el mes.	SI	Se radica la acturacion de acuerdo a lso tiempos estblecidos por las diferentes EAPB	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area
3. Realizar seguimiento al cumplimiento de las metas mensuales de facturacion	SI	Se evidencia aumento en la facturacion relaizafda vs el mes inmediatamnete anerior	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area
4. Consolidacion y elaboracion de informes mensuales de facturacion y aquellos que sean requeridos por las diferentes areas de la SUBRED y entes de control	SI	Informes emitidos via correo electornico a la coordiancion de facturacion de la subred	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area
5. Supervisar el desarrollo del proceso de autorizaciones garantizando el cumplimiento del mismo conforme a la normatividad vigente	SI	Se realiza seguimiento a los casos pendientes por autorizacion	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area
6. Capacitar a los colaboradores de facturacion y autorizaciones acorde a los lineamentos dado por la normatividad vigente	SI	Se realiza acompañamiento y capacrtacion al grupo de autorizaciones	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area
7. Desarrollar las demas actividades que le sean asignadas y afines al objeto contractual requerido.	SI	Se realizan las demas actividades asignadas desde la referencia de facturacion de la subred	archivos magneticos y fisicos que reposan en el area

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.707.000 dos millones setescientos siete mil pesos/ mcte

Stefania Bernal Herrera

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FIRMA DEL SUPERVISOR

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

Señor(a): STEFANIA BERNAL HERRERA
No. Identificación: CC 1010175203
Dirección: CALLE 55 SUR # 24C - 85
Teléfono: 3194519798 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327489834

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:

compensar | miplanilla.com

Nombre	STEFANIA BERNAL HERRERA
Tipo y Número de Identificación	CC 1010175203
Número Planilla	8327489834
Fecha de Pago	5/9/2018
Número de Autorización de Pago	36265259
Banco	1023
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	3
Total Pagado	$323.500
Total Interes Mora	$1.700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$25.600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$167.200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$130.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010175203
APELLIDOS Y NOMBRES BERNAL HERRERA STEFANIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	230201	0	1.040.000	1.040.000	1.040.000	0	130.000	166.400	25.400	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 36265259

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

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	1010175203	BERNAL	HERRERA	STEFANIA		2018-04	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1010175203	BERNAL	HERRERA	STEFANIA		2017-04	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	12/06/2015	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	12/06/2015	21	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	12/06/2015	20	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2017	12/06/2015	24	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2017	12/06/2015	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2017	12/06/2015	30	BENEFICIARIO	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2017	12/06/2015	30	BENEFICIARIO	4023

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	1010175203
NOMBRES	STEFANIA
APELLIDOS	BERNAL HERRERA
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	28/02/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/16/2018 14:49:52	Estación de origen:	190.24.132.202

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