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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E		NO.	1071628993						
CORREO ELECTRONICO:	Nuryjohanano@hotmail.com				CELULAR:	3015212415						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10R23	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870322866								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4857-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 De 3				
NÚMERO DE CDP	573	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	26207	FECHA	16/05/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.717.922									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: REINICIO LICENCIA DE MATERNIDAD.										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.352.069
VALOR EJECUTADO	$2.814.147
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.717.922
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.717.922
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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 **$ 2.194.508** 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9406033170	$877.803,00	$109.800	$26.400	3	$21.400	$157.600

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Junio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FACTURACIÓN				**Sede: :KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	4857-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	6	2.020		30	6	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA		**C. C.**	1,071,628,993		**DE**	FOMEQUE			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.), Aseguradoras comprobación de pólizas, aplicativo y la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. determinando el aseguramiento, identificando la ERP, para el registro de los usuarios en la admisión o al realizar la validación en la liquidación y verificación para generar las facturas en el Sistema de Información.	CUMPLE	Realice la respectiva verificación mediante las bases mencionadas para facturar la cuenta a la entidad correcta.	Entrego facturas con el respectivo soporte de comprobadores.
2. Realizar y/o verificar la admisión para el ingreso del usuario o para la generación de las facturas aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia) en aras de garantizar un registro con calidad, oportunidad confiable acorde con la normatividad para la adecuada generación de las facturas.	CUMPLE	Realice 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.	Realizo 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
3. Realizar o verificar el reporte de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS, acorde con la unidad que se asigne y en la admisión o generación de factura.	CUMPLE	Realice el ingreso de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS.	Realizo verificación del ingreso de pacientes por Accidente de transito en el aplicativo SIRAS,
4. Realizar o verificar el escaneo de documentos y pantallazos de verificación de derechos de los usuarios al efectuar la admisión o liquidación y generación de facturas como soporte de la actividad y acorde con la Unidad asignada y en la herramienta sistematizada.	CUMPLE	Realice el escaneo de los documentos de los usuarios para soporte de la atención	Realizo el escaneo de documentos para soportar la factura,
5. Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestión, consecución, solicitud, verificación de autorizaciones (de acuerdo a la pertinencia de la actividad o Unidad asignada) para la prestación de los servicios o en la generación de las facturas de los usuarios de los servicios de urgencias, quirúrgicos u hospitalización, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 o las que la modifiquen), dentro de los tiempos establecidos por la norma, en conformidad con la operación de la Subred.	CUMPLE	Realice la verificación de pagadores, solicite al autorizador del servicio los respectivos soportes como envíos, anexos u códigos de plataforma, según la normatividad vigente.	Entrego de facturas soportadas con los respectivos comprobadores y autorizaciones, según normatividad vigente.
6. Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información y las unidades asignadas.	CUMPLE	Evidencio las citas prioritarias direccionando al usuario.	Realizo asignación de citas prioritarias de acuerdo al triage teniendo en cuenta la disponibilidad de citas.
7. Realizar los tramites o articular con el equipo de admisiones y autorizaciones las actividades pertinentes y necesaria para que en el sistema de información se efectúe la asignación de cama a cada uno de los usuarios de acuerdo al requerimiento asistencial, traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio, así como en los casos de traslado a otra unidad para continuar tratamiento o liberación de cama al egreso del usuario.	CUMPLE	Evidencio la cama asignada al paciente y/o traslado a otro servicio, y unidad que requiera el paciente.	Realizo asignación de cama correspondiente o traslado del paciente según el servicio requerido, y/o traslado a otra unidad para su tratamiento.
8. Verificar o articular con el equipo de admisiones y autorizaciones diariamente el censo en cada uno de los servicios de los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, confirmación de servicios apoyando o realizando la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	CUMPLE	.Evidencio el censo a diario, reportando en la hoja de ruta su pagador y autorizaciones correspondientes.	Realizo el censo a diario, efectuando seguimiento de los pacientes y realizar la actualización de la hoja de ruta.
9. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización o la solicitud de las mismas al equipo de autorizaciones y asi mismo diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	CUMPLE	Le informo al autorizador de los procedimientos u exámenes realizados durante la estancia del pcte para ser reportados con su correspondiente soporte como por ejemplo epicirirs, hoja de evolución, informes QX y Ecocardiogramas.	realizo entrega física de soportes anteriormente mencionados al autorizador para su debida autorización
10. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.A.P.B), así como la necesidad de realizar la facturación y copagos de acuerdo a la situación de seguridad social de cada usuario.	CUMPLE	Una vez realizo la verificación del pagador, categoría o nivel le informo al pcte o familiar el monto del copago que debe cancelar; en caso de no tener el dinero se le orienta los medios de pago disponibles en la entidad.	Realizo entrega de prefactura donde se evidencia el valor a cancelar, en caso de que el pcte o familiar tenga autorización de pagare procederemos a generarlo para que en caja terminen su diligenciamiento.
11. Verificar y realizar cargue o confirmación de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren en los servicios de urgencias como son: Imagenologia, laboratorios, ecografías, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios teniendo en cuenta el cuadro de contratación vigente, el área de servicio o centro de costo.	CUMPLE	En el momento de realizar la liquidación de la cuenta se revisa los programas de laboratorio y Rx para soportar la cuenta y así realizo los cargues manuales que no se encuentren, para la no anulación por cargues.	Entrego las facturas con los respectivos soportes como: factura de venta, comprobadores, autorizaciones, historia clínica, laboratorios y Rx.

12. Realizar la liquidación de cuentas y generar la facturación de los servicios prestados para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, garantizando los soportes completos de sustento para cada factura de acuerdo al pagador (E.R.P) modalidad de contratación, tipo de aseguramiento y de acuerdo a la clasificación realizar la liquidación correspondiente para el cálculo de copago, cuota de recuperación, los soportes adjuntar en la factura deben ser en el marco de la optimización de recursos.	**CUMPLE**	Genero la facturación al 100 % de los servicios prestados al usuario realizando el respectivo cobro de copagos en los caso que lo amerite.	Genero de facturas al 100 % con la cancelación de los respectivos copagos o soporte de pagares.
13. En las unidades y servicios donde se realiza la facturación integral que incluye el recaudo se debe realizar diariamente el cierre de caja, así como la verificacion de la base de caja y la actividad de conteo cuando esta sea asignada para entrega a la transportadora o a quien designe tesorería, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado o pagares para el respectivo registro en tesorería, soportado con el reporte generado por el sistema de registro de entrega de la actividad.	**CUMPLE**	genero el reporte de cierre de caja para su respectiva entre del del recaudo diario	Informo el total del cierre de caja y entrega del recaudo a la transportadora
14. Realizar la entrega de actividades de la programación diaria con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros justificados pendientes por facturar (por escrito) en los instrumentos o libros que se estandaricen para la evidencia de la actividad.	**CUMPLE**	Dejo por escrito en el libro de entrega de turno todas la novedades de las salidas que quedaron pendientes por copago, tramites de autorización o valoración por trabajo social.	Realizo entrega diaria del libro por cada programacion de actividades.
15. Realizar la entrega diaria de las facturas garantizando la entrega de las mismas durante el mes de ejecución de actividades, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, según la Resolución 3047/2008 Anexo técnico 5 y el Decreto 056 de 2016 (Accidentes de Tránsito - ECAT, FURIPS Y FUTRANS) la norma que lo modifique y la matriz y modalidades de contratación vigentes en la Subred; efectuando el seguimiento y control articulado con el analista o técnico con registro la entrega semanal y mensual en la libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro.	**CUMPLE**	En los casos que se requiere realizo la creación de pacientes en el programa siies.	verifico en el aplicativo siies la creación de pacientes para su debido tramite.
16. Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas con egreso de los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si tienen causa justificada. El control de registros de ingresos abiertos por mes debe ser igual a cero 0, si se presenta debe ser por causa justificada validada por el referente de la Unidad. El control de esta actividad debe registrarse semanal y mensual en la libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro.	**CUMPLE**	Realizo entrega de la facturacion una vez este totalmente soportada mediante hoja de ruta al analista correspondiente.	Entrego facturacion diaria con la totalidad de soportes para su respectiva revisión.
17. Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 24 horas posterior a la devolución de la factura especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la generación de la factura.	**CUMPLE**	Realizo entrega de facturacion generadas durante el mes con sus debidos soportes.	Entrego facturacion al 100 % para el armado de cuentas.
18. 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. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo y en el tiempo definido garantizando el remplazo en menos de 24 horas.	**CUMPLE**	Reviso la base que envian al tecnico correspondiente, donde evidencio si corresponde con el facturador o servicio de donde egreso el usuario y de esta manera realizo el cierre	Genero la facturacion correspondiente con el ingreso abierto.
19. Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred, proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros)	**CUMPLE**	Realizo correción de las facturas anuladas generandolas con las novedades realizadas por el analista.	Realizo el Reemplazo de la factura anulada.
20. Realizar el último día del mes de ejecución de actividades la actividad de cierre para garantizar que la facturación generada, control de ingresos abiertos gestionados con cierre se encuentre con cumplimiento del 100% actividad certificada por el referente.	**CUMPLE**	Asisto a las capacitaciones programadas por la coordinación.	Firmo la asistencia .
21. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades como soporte para la certificación de pagos	**CUMPLE**	Realizo cuadro de seguimiento de facturación de cada periodo evidenciando el monto de facturas generadas, anuladas reemplazadas e ingresos abiertos cerrados.	Realizo el cuadro de seguimiento mensual que se debe anexar a la cuenta de cobro para la certificación de pago.
22. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.	**CUMPLE**	Entrego el 100 % de la facturación generada en el mes respectivamente soportada y enrutada al analista asignado.	Entrego facturación al 100 % para el armado de cuentas.
23. Responder oportunamente las solicitudes realizadas y asignadas por el área de Facturación en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a la radicación de cuentas o a las diferentes objeciones por devolución y glosas formuladas por las ERP.	**CUMPLE**	Realizo el diligenciamiento en el libro de anulaciones para la respectiva anulación y reemplazo de la misma.	Reemplazo de la factura anulada.
24. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CUMPLE**	Doy cumplimiento a las normas y pautas de facturacion en base a nuestras obligaciones contractuales.	Cumplo las obligaciones establecidas en el contrato laboral.
25. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.	**CUMPLE**	Realizo según la solicitud, de las facturas devueltas por las entidades en su debido tiempo.	Entrego facturas con las respectivas modificaciones
26. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros.	**CUMPLE**	Realizo el cumplimiento de las actividades, el cierre de ingresos y entrega de facturas a tiempo, mejorando el tiempo de respuesta a los planes de mejoramiento.	Mejoro el tiempo de respuesta a los planes de mejoramiento entregando todo con su respectivo soporte.
27. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	**CUMPLE**	Mantengo buena presentacion personal y buena comunicación con el usuario indicandole los procedimeintos a realizar desde que ingresa hasta su salida de la institución.	Explico y ayudo al usuario, orientadolo en los debidos procesos que requiera, brindandole un trato calido al usuario y asi disminuir las PQRS.

28. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.	**CUMPLE**	Realizo el seguimiento de las actividades propuetas en el contrato secop, cumpliendo con todos los requisitos propuestos.	Cumplo con todas las actividades en el tiempo establecido
29. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato.	**CUMPLE**	Realizo el cumplimiento ante las actas firmadas con su debido proceso dando finalidad a la actividad requerida	cumplo con todo lo requerido en las actas firmadas.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.717.922 UN MILLÓN SETECIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTEDÓS PESOS / MCTE

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA CC 1071628993	SANDRA JINET TAPIA HERNANDEZ LIDER DE PROCESO DE FACTURACIÓN

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071628993		NOVOA BOBADILLA NURY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13 a N 2 - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	02551044	9406033170	I	2020/06/23	2020/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1071628993	NOVOA NURY	230301	30	$877,803	$26,400	EPS008	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071628993		NOVOA BOBADILLA NURY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13 a N 2 - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	02551044	9406033170	I	2020/06/23	2020/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071628993		NOVOA BOBADILLA NURY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13 a N 2 - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	02551044	9406033170	I	2020/06/23	2020/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1071628993	NOVOA NURY	230301	30 $877,803	$26,400	EPS008	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/06/11 01:17 PM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071628993		NOVOA BOBADILLA NURY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13 a N 2 - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	02551044	9406033170	I	2020/06/23	2020/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

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	1071628993
NOMBRES	NURY JOHANA
APELLIDOS	NOVOA BOBADILLA
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	01/08/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/11/2020 16:57:07 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

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.

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 Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 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 a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1071628993	NOVOA	BOBADILLA	NURY	JOHANA	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1071628993	NOVOA	BOBADILLA	NURY	JOHANA	2020-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1071628993	NOVOA	BOBADILLA	NURY	JOHANA	2019-07	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE
CC	1071628993	NOVOA	BOBADILLA	NURY	JOHANA	2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
COMPENSAR E.P.S.	04/2020	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	03/2020	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	02/2020	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	01/2020	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	12/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	11/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	10/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	09/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	08/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	07/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	06/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	05/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	04/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	01/2019	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	12/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	11/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	10/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	09/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	07/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	06/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	05/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	04/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	01/2018	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	12/2017	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	11/2017	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	10/2017	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	09/2017	30	COTIZANTE
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	07/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	06/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	05/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	04/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	03/2017	30	COTIZANTE

CONSULTA AFILIADOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
CAFESALUD E.P.S.	02/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	01/2017	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	12/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	11/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	10/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	09/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	08/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	07/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	06/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	05/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	04/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	03/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	02/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	01/2016	30	COTIZANTE
CAFESALUD E.P.S.	12/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	11/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	10/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	09/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	08/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	07/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	06/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	05/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	04/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	03/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	02/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	01/2015	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	12/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	11/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	10/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	09/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	08/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	07/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	06/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	05/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	04/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	03/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	02/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	01/2014	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	12/2013	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	11/2013	30	COTIZANTE
SALUDCOOP E.P.S.	10/2013	30	COTIZANTE

Volver a Consultar

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN		
Nombre Contratista:	NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA	C.C 1071628993
Periodo:	DEL 8 DE MAYO AL 11 DE JUNIO	

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Central de Cuentas	No. Facturas devueltas por Central de Cuentas	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
1 SEMANA DEL 8 - 22 DE MAYO DEL 2020	43	15.819.087	43	2	2	2.549.761	2	3.564.771				
2 SEMANA DEL 23 - 31 DE MAYO DEL 2020	18	21.056.577	18	3	3	3.568.970	3	4.265.981				
1 SEMANA DEL 1 - 11 DE JUNIO DEL 2020	37	50.613.014	37	0	0	-	0	-				
TOTAL	98	$ 87.488.678	98	5	5	$ 6.118.731	5	$ 7.830.752				
Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA
Firma Colaborador: (Contratista)

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN	
Nombre Contratista:	NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA
Periodo:	JUNIO DE 2020

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
I Semana del 01 AL 10	31	$16.814.640	24	$13.654.988	0					0	0	0	0
II Semana del 11 AL 18	24	$64.930.115	18	$44.406.341	0					0	0	0	0
III Semana del 19 AL 25					0					0	0	0	0
IV Semana del 26 AL 30					0					0	0	0	0
Total	55	$81.744.755	42	$58.061.329	0					0	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)					Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Nury Johana Novoa

NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA
Firma Colaborador: (Contratista)

16-07-20

16 Jun 20

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA

C.C. 1.071.628.993 De Fomeque

La suma de un millón setecientos diez y siete mil novecientos veintidós m/cte. $1.717.922, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como Facturador Urgencias, durante el periodo de 1 al 30 de junio de 2.020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4857-2020

Nury Johana Novoa B.

NURY JOHANA NOVOA BOBADILLA
C.C. 1.071.628.993
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 4870322866