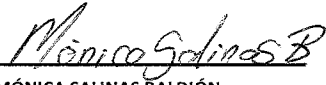


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión 3	Fecha de aprobación 15/02/2018	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Código: 04-02-FO-0002		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MÓNICA SALINAS BALDIÓN															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1077973382								
CORREO ELECTRONICO:				MONISD1994@GMAIL.COM				CELULAR:				3185807798							
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	%	Centro de costo	%					
	KE10R23	100																	
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:				AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24067662584				PENSIONADO				NO							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3239-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				5 De 7							
NÚMERO DE CDP		573		FECHA		20/04/2020		NÚMERO DE CRP		24018		FECHA		30/04/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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		2020				31		5		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.717.922															
TIPO DE SERVICIOS				ADMINISTRATIVO				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							
OBSERVACIONES:																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO										VALORES									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$11.434.324									
VALOR EJECUTADO										\$7.998.480									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.717.922									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$3.435.844									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										70%									
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL 2.436%	TOTAL APORTES													
1029438139	\$1.137.866	\$142.300	\$182.100	3	\$27.800	\$352.200													
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de mayo del año 2020. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ LIDER DEL PROCESO DE FACTURACION							 MÓNICA SALINAS BALDIÓN NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA												

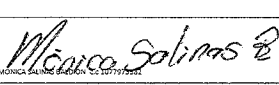
 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Ministerio de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Version	2	 ALCALDÍA MUNICIPAL DE KENNEDY
			Fecha de aprobación	3/04/2017	
			Código	04-02-PO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACIÓN		Sede: KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	3239-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	5	2.020
			a	31	5
					2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MÓNICA SALINAS BALDÍON		C. C.	1.077.973.382	VILLETA

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.

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 páginas oficiales de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Página WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. S.), Aseguradoras comprobación de pólizas, aplicativo de las bases poblacionales asignadas confirmando la entidad responsable de pago para el procedimiento de admisión o liquidación de cuenta.	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), verificación de entidad responsable de pago y contratación vigente (matriz de contratación) en aras de garantizar un registro con calidad, confiable y oportuno acorde con la normatividad vigente para la adecuada liquidación y 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 registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, y verificación de la preliquidación hasta la generación de factura, acorde con la unidad que se asigne.	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 tránsito 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 en la Unidad asignada y en la herramienta sistematizada implementada para tal fin (SIES)	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. Dejando la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización o la solicitud de las mismas al equipo de autorizaciones y así mismo diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad (hojas de Ruta)	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 triaje 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 triaje teniendo en cuenta la disponibilidad de citas.
7. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.R.P.), así como sobre el trámite administrativo requerido en la institución.	CUMPLE	Una vez realice la verificación del pagador, categoría o nivel le informo al pte 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 prefectura donde se evidencia el valor a cancelar, en caso de que el pte o familiar tenga autorización de pagare procederemos a generarlo para que en caja terminen su diligenciamiento.
8. Verificar o articular con el equipo de admisiones y autorizaciones diariamente el censo, efectuando los trámites requeridos por facturación en el sistema de información acorde con las novedades.	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. Verificar y realizar diariamente el cargo o confirmación de los servicios prestados (Ingeniería, laboratorios, Cirugías, entre otros) a los usuarios en los servicios de urgencias y hospitalización, verificando el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios en el sistema acorde con la matriz de contratación vigente, el área de servicio o centro de costo.	CUMPLE	Evidencio los cargues a realizar de los diferentes servicios prestados verificando los soportes en físico y sistematizado.	Realizo los cargues diariamente de los diferentes servicios.
10. Realizar la liquidación de cuentas y generar la facturación de los servicios prestados, generación de copagos y/o cuotas de recuperación, para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalización, garantizando los soportes completos y necesarios para cada factura acorde con la normatividad vigente. 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 (si aplica), teniendo en cuenta que los soportes a adjuntar en la factura deben ser en el marco de la optimización de recursos, acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 o las que la modifiquen o sustituyan)	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.
11. En las unidades y servicios donde se realiza la facturación integral que incluye el recaudo se debe realizar diariamente registro de la apertura y cierre de caja, 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 entrega del recaudo diario	Informo el total del cierre de caja y entrega del recaudo a la transportadora

12. 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 establezcan para la evidencia de la actividad	CUMPLE	Dejo por escrito en el libro de entrega de turno todas las novedades de las salidas que quedaron pendientes por copago, tramites de autorización o valoración por trabajo social.	Realizo entrega diaria del libro por cada jornada laboral.
13. Realizar la entrega diaria de las facturas garantizando la entrega oportuna (mes de prestación del servicio), adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, según la Resolución 3047/2005 Anexo técnico 3 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 síes.	verifico en el aplicativo síes la creación de pacientes para su debido tramite.
14. Realizar diariamente seguimiento conjunto por los facturadores y técnicos asignados por servicio, a los ingresos abiertos, facturas anuladas pendientes de remplazo, anulaciones totales, registrando la gestión y cierre inmediato, (medidas necesarias para su cumplimiento), con mayor énfasis en el último día para garantizar la entrega del 100% de los servicios prestados en el mes y con cero (0) ingresos abiertos. Registro de evidencia en libreta de actividades (certificación debe ser dada por el referente de cada unidad).	CUMPLE	Realizo seguimiento en conjunto con mi técnico de los ingresos pendientes opor liquidar, las facturas anulas sin remplazo.	Genero la facturación correspondiente con el ingreso abierto y el cierre de las cuentas anuladas.
15. Realizar el cierre (facturación) de los ingresos con egreso clínico 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. Registro en 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 facturación una vez este totalmente soportada mediante hoja de ruta al analista correspondiente.	Entrego facturación diaria con la totalidad de soportes para su respectiva revisión.
16. Solicitar la anulación de facturas acorde con el procedimiento 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 envían al técnico correspondiente, donde evidencio si corresponde con el facturador o servicio de donde egreso el usuario y de esta manera realizo el cierre	Genero la facturación correspondiente con el ingreso abierto.
17. Realizar la corrección de las factures devueltas por los Técnicos de manera oportuna, por facturación en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones máximo 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 inmediatamente dentro del mes de la prestación del servicio.	CUMPLE	Realizo entrega de facturación generadas durante el mes con sus debidos soportes.	Entrego facturación al 100 % para el armado de cuentas.
18. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuran para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reintención, encuestas virtuales entre otros)	CUMPLE	Tener la disposición de asistir a las actividades de capacitación de la Sub red.	Asisto a las capacitaciones, actividades y reuniones de la Sub red.
19. 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.
20. 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	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.
21. 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.
22. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	CUMPLE	Doy cumplimiento a las normas y pautas de facturación en base a nuestras obligaciones contractuales.	Cumplo las obligaciones establecidas en el contrato laboral.
23. 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 las objeciones solicitadas de las facturas devueltas por las entidades en su debido tiempo.	Entrego facturas con las respectivas objeciones realizadas.
24. Realizar las actividades y las acciones definitivas y asignadas 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.
25. Mantener una adecuada presentación personal (uso de carnet) en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo.	CUMPLE	Mantengo buena presentación personal y buena comunicación con el usuario indicándole los procedimientos a realizar desde que ingresa hasta su salida de la institución.	Explico y ayudo al usuario, orientándolo en los debidos procesos que requiera, brindándole un trato calido al usuario y así disminuir las PQRS.
26. 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 las unidades asignadas, 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 propuestas en el contrato secop, cumpliendo con todos los requisitos propuestos.	Cumplo con todas las actividades en el tiempo establecido
27. 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 MILLON SETECIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTE Y DOS PESOS/ MCTE			
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  MONICA SALINAS BARRON CC 20779352		LIDER DE PROCESO DE FACTURACIÓN:  SANDRA JINET VILLAR HERNANDEZ	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			



PACOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-05-07, 04:11:27 AM
Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Número Planilla: 1029438139
Referencia pago (PIN): 8808478930
Período Cotización: abril de 2020
Período Servicio: abril de 2020

AGADO 06/05/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

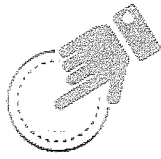
Razón Social	MONICA SALINAS BALDION			Dirección	CL 49 B SUR N 79 D 37
Documento	CC1077973382			Teléfono	3185807798
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.			Identificación	ARL SURA
Representante Legal					
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades												Pensiones		Salud		Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total						
		Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Colante	Salgo Colante	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSQ	VSQ	VSQ	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICDF		ESAP	Aporte Ministerio	Total			
CC 1077973382	MONICA SALINAS BALDION	59	00													0	300.000	0	(201601) COLFONDOS	\$ 1.137.885	\$ 182.100 (EPF8017) FAMILIAR EPS	\$ 1.137.885	\$ 1.137.885	\$ 142.300	2.435	\$ 1.137.885	\$ 27.600 (NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 352.200

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.137.885	IBC Riesgos	\$ 1.137.885	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 182.100	Aportes Salud	\$ 142.300	Aportes Riesgos	\$ 27.600	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICDF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Salarios a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 352.200	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 352.200
-------------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------



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 :

COLUMNA	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1077973382
NOMBRES	MONICA
APELLIDOS	SALINAS BALDION
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S.-LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	03/09/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/11/2020 12:56:19 | 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 Subsidado 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 esta 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 presentada 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 no 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									
ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	SECTOR	CLASE DE PRESTACIÓN	FECHA DE VIGENCIA	EPS / EOC
CC	1077973382	SALINAS	BALDION	MONICA	2020-03	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE		
CC	1077973382	SALINAS	BALION	MONICA	2018-11	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE		

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS									
EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS		PERÍODOS COMPENSADOS		PERÍODOS COMPENSADOS		PERÍODOS COMPENSADOS		EPS / EOC
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2020	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2020	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2020	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2019	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2019	9	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2018	8	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2018	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2018	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	30	COTIZANTE					
	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	30	COTIZANTE					

CONSULTA AFILIADOS COMPENSADOS

EPS / EOP	PERIODO COMPENSACION	PLAN COMPENSACION	TIPO AFILIADO
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2017	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2016	11	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2016	1	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2016	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2015	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2014	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2014	30	COTIZANTE
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2014	30	COTIZANTE

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN													
Nombre Contratista:		MÓNICA SALINAS BALDION											
Periodo:		MAYO DEL 1 AL 10 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
Semana 1	53	\$278.731.789	53	\$278.731.789	0	0	\$0	0	\$0	0	0	0	0
Semana 2													
Semana 3													
Semana 4													
Total	53	\$278.731.789	53	\$278.731.789	0	0	\$0	0	\$0	0	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)					Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Semana/Actividades	No. Recibos de Caja Generados	Valor Recibos de caja	Valor Recauda entregado a Tesorería	No Recibos de Caja anulados	Valor Recibos de caja anulados	Motivo de Anulación
Semana 1	0	\$0	\$0	0	0	0
Semana 2	0	\$0	\$0	0	0	0
Semana 3	0	\$0	\$0	0	0	0
Semana 4	0	\$0	\$0	0	0	0
Total	0	\$0	\$0	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Referente Tesorería Unidad			Analista		

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Firma Colaborador: (Contratista)

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN												
Nombre Contratista:		MONICA SALINAS BALDIÓN										
Periodo:		ABRIL										
Semana/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Analistas y Remisión de cuentas (Capital-FFDS)	Vr. Facturas Entregadas	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
Semana 1	28	\$298.127.295	28	\$298.127.295	1	\$ 1.043.000	1	\$1.043.000	0	0	0	0
Semana 2	29	\$142.904.857	29	\$142.904.857	2	\$5.699.900	2	\$5.699.970	0	0	0	0
Semana 3	27	\$106.630.890	27	\$106.630.890	0	\$0	0	\$0	0	0	0	0
Semana 4	40	\$244.044.479	40	\$244.044.479	1	\$2.293.691	1	\$2.391.891	0	0	0	0
Total	124	\$791.707.521	124	\$791.707.521	4	\$9.036.591	4	\$9.128.861	0	0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)												

Semana/Actividades	No. Recibos de Caja Generados	Valor Recibos de caja	Valor Recaudo entregado a Tesorería	No Recibos de Caja anulados	Motivo de Anulación
Semana 1	0	\$0	\$0	0	0
Semana 2	0	\$0	\$0	0	0
Semana 3	0	\$0	\$0	0	0
Semana 4	0	\$0	\$0	0	0
Total	0	\$0	\$0	0	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Referente Tesorería Unidad			Analista	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Monica Salinas B
Firma Colaborador (Contratista)

10

11

12