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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 80381272 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | luislagos03@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3208630676 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USS BOSA | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FACTURADOR | | | | SEDE: | BOSA | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | B035R23 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870248392 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3277-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 6 de 6 | | | |
| NUMERO CDP | 573 | FECHA | 20/04/2020 | NUMERO DE CRP | 24053 | 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 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 | 7 | 2020 | | 31 | 7 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.717.922 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | $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: | $10.307.532 |
| VALOR EJECUTADO | $10.307.532 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.717.922 |
| 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 $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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2326013453 | $877.803,00 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

Dado en Bogota alos 31 dias del mes de Julio del año Dos Mil veinte (2020).lo anterior para que surta el pago pertinente

cordialmente

**SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ**
NOMBRE y FIRMA DEL LIDER DEL PROCESO

**LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FACTURACION | | Sede: USS BOSA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3277-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 7 | 2.020 | | 31 | 7 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO | | C. C. | 80.381.272 | | | DE | BOGOTA | |

**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 __X__ NO ____ Servicios: SI __X__ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas oficiales 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 de las bases poblacionales asignadas,confirmando la entidad resposable de pago para el procedimiento de admisión o liquidacion de cuenta. | CUMPLE | Realice verificación de derechos en la correspondientes pagalnas de comprobador de derechos ADRES, DNP Y Comprobador de Deechos | Impresión de pantallazos adjunto a la sabana de autorización de la atención del paciente y se adjunta todos los soportes |
| 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 | Realicé y verefiqué la admisión aplicando los ocho correctivos con lla correspondiente vereificación de derechos | Impresión de la hoja de admisión con los datos correctos del paciente, nombres y apellidos completos , direccion, telefono etc |
| 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 | Se realizó previamente el registro de los usuarios en el SIRAS | Impresión informe realizado en SIRAS evidenciado datos del accidente y soportando la factura |
| 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 | revise la verificación de cada una de las autorizalones de los servicios prestados y facturados cumpliendo la normatividad vigente. | Se entrega sabana con la trazabilidad del proceso de la autorización de la atención son su autorizacion correspondiente. |
| 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 | Realicé e informé y tramité junto con el equipo de admisiones y autorizaciones las actividades pertinentes para que el sistema asigne cama, traslade cama y traspaso a otra unidad para continuar co el tratamiento de los pacientes | Se entrega a admisiones y autorizaciones los pacientes para hospitalizar y o traladar de cama o unidad. |
| 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 | se realizó la asignación de las citas de acuerdo con la necesidad del usuario, disponibilidaad y orden cronológico | Se entrega impresión de recortorio de cita al paciente dandole explicación de cómo asistir a la cita |
| 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 | Brinde información clara y precisa a los usuarios sobres las cuotas de recuperación según la seguridad social | Se realizó información al paciente informandole de las cuotas de recuperación según su seguridad |
| 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 | Verificar con el equipo de admisiones y autorizaciones diariamnete el censo | se reliaza verificacion |
| 9. Verificar y realizar diariamente el cargue o confirmación de los servicios prestados (Imagenologia, laboratorios, Cirugías, entre otros) a los usuarios en los servicios de urgencias y hospitalizacion, 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 | Realicé verifiqué y/o confirmé los cargos de los servicios prestados a los usuariosen 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 | Entregué la factura con el detallado del cargue de los códigos cups de 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) |
| 10. Realizar la liquidacion de cuentas y generar la facturacion de los servicios prestados, generación de copagos y/o cuotas de recuperación, para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, 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 | CUMPLE | Realicé, verifique y cargue los procedimientos y servicios prestados a los usuarios según los contratos establecidos con cada EPS para su respectivo pago. | Se realiza impresión y se adjunta soportes de factura para el respectivo cobro del servicio entregao debidamente sorportadas al tecnico |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | Realicé diariamente el conteo del recaudo correspondiente a los copagos recibidos, 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. | Se realiza impresión del cierre realizado con el aplicativo Dinamica, más en cuenta billetes diligenciado la cantidad y denominación de los billetes, moneda y/o pagarés realizados en el turno. |
| 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 estandaricen para la evidencia de la actividad | CUMPLE | Realicé el diligenciamiento del libro de anulaciones y su factura corresppondiente de reemplazo, diligencié el numero de factura en el libro de salidas de pacientes realizada en mi turno y el libro entrega de turno; para seguir con el proceso de salida de pacientes con alguna incosistencia para su salida. | Diligencié libros llevado s diariamente para complementar y/o evaluar el cumplimiento de mis actividades diarias |
| 13. Realizar la entrega diaria de las facturas garantizando la entrega oportuna (mes de prestacion del servicio), 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 | Realizo entrega diaria de todas la facturas realizadas en mi turno a cada Tecnico correspondiente más el diligencia miento de las autorizaciones correspondientes a Capital Salud | Realice entrega de facturas por medio de hoja de ruta. |
| 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 cierrre inmediato, (medidas necesarias para su cumplimiento), con mayor énfasis en el ultimo 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 diariamente el seguimiento con los tecnicos asignados por servicio para verificar ingresos, facturas,anulaciones para gestionar su cierre | realice seguimiento |
| 15. Realizar el cierre (facturacion) 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 | Realicé y lleve el control en 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 | Realicé registro en libro de anulaciones posteriormente al remplazo de cada factura diariamente |
| 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 | Cada fin de mes entrego y corrigo cada factura que halla generado y me hayan devuelto por alguna razón | Genero reporte de DINAMICA cada fin de mes y verifico que no tenga ninguna factura relacionada a mi usuario sin entregar |
| 17. Realizar la corrección de las facturas 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 | Realice correcion de las facturas devueltas en su tiempo estipulado | impresión de factura,radicacion de reemplazo de la misma |
| 18. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren 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, reinducción,encuestas virtuales entre otros) | CUMPLE | Asití y participé en 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 | Firme la asitencia a cada Actividad programada |
| 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 | realice el seguimiento y control de las actividades contractuales | realizo seguimiento |
| 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 elaboración y presentación. | CUMPLE | Realicé la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades | Entregué cuenta de cobro con 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. |
| 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 la entega del formato semanal de las facturas realizadas anuladas y reemplazadas. Mensualmente el formato con el cumplimiento de las actividades corepondientes a mi contrato | Impresión del cuadro de actividades mensualmente y se adjunta a la cuenta de cobro evidenciando facturas generadas del mes |
| 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 | Cumplí y ejecute los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | Impresión de los formatos con firma de los recibidos de los tecnicos y el Lider del proceso de facturación |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | Cumplí y ejecute los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | Impresión de los formatos con firma de los recibidos de los tecnicos y el Lider del proceso de facturación |
| 24. Realizar las actividades y las acciones definidas 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 | Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento | Contribuir con la mejora continua. |
| 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 | Mantuve 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 | Realicé actividades de Mejora en la comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario |
| 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 | Cumplí con las 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 | Entregué mis actividades en el tiempo solicitado por el marco del proceso de Facturación |
| 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 | Atendí y mejoré las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades | Soproté las acciones y el seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato. |

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$1,717,922 Un Millon Setecientos diez y siete mil novecientos veintidos pesos M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Firma de recibido supervisor:

SANDRA JINET YAFUR HERNANDEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

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

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

SEGUIMIENTO

| | |
|---|---|
| CONTRATISTA | LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO |
| PERÍODO | 1/06/2020 al 10/07/2020 |

| OBLIGACIONES | FACTURACION GENERADA | VALOR FACTURA GENERADA | FACTURACION ENTREGADA EVENTO | VALOR FACTURACION ENTREGADA EVENTO | FACTURACION PENDIENTE POR ENTREGADA EVENTO | VALOR FACTURACION PENDIENTE POR ENTREGADA EVENTO | ANULACIONES | VALOR ANULACIONES | ANULACIÓN SIN REMPLAZO | VALOR ANULACION SIN REMPLAZO | ANULACION REMPLAZADA | VALOR ANULACION REMPLAZADA | ANULACION TOTAL | INGRESOS | PAGARES | FACTURACION MANUAL | PQR | INICIO TARDIO DE ACTIVIDADES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1/06/2020 AL 10/07/2020 | 297 | $ 351.662.395 | 151 | $ 206.866.125 | 0 | $ - | 40 | $ 110.697.858 | 0 | $ - | 40 | $ 120.517.352 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | NO |
| TOTAL | 297 | $ 351.662.395 | 151 | $ 206.866.125 | 0 | $ - | 40 | $ 110.697.858 | 0 | $ - | 40 | $ 120.517.352 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | NO |

| | | |
|---|---|---|
| ras Pendientes de Noviembre y Diciembre 2018 | 0 | $ - |
| cturas Pendientes de Enero y Febrero 2019 | 0 | $ - |
| Facturas Pendientes de Marzo 2019 | 0 | $ - |

Facturas en estado enviada del mes actual

**Total Facturas Pendientes**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Año 2018 | $ - | $ - | Año 2019 | 0 | | $ - |

| | |
|---|---|
| | - |
| | $ - |

| | | |
|---|---|---|
| nuladas sin Reemplazo Pendientes de Noviembre y Diciembre 2018 | 0 | $ - |
| uladas sin Reemplazo Pendientes de Enero y Febrero 2019 | 0 | $ - |
| Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Marzo 2019 | 0 | $ - |

**Total Anuladas sin Reemplazo**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Año 2018 | $ - | $ - | Año 2019 | 0 | | $ - |

| | |
|---|---|
| | - |
| | $ - |

| | | |
|---|---|---|
| biertos Pendientes de Noviembre y Diciembre 2018 | 0 | $ - |
| os Abiertos Pendientes de Enero y Febrero 2019 | 0 | $ - |
| gresos Abiertos Pendientes de Marzo 2019 | 0 | $ - |

**Total Ingresos Abiertos**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Año 2018 | $ - | $ - | Año 2019 | 0 | | $ - |

| | |
|---|---|
| | - |
| | $ - |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ficado Por: (Nombre y firma) | Facturación (Seguimiento | | Ingresos Abiertos y Anulación de facturas: | | Analista: | | Referente Unidad: |

pporte pendiente y Observaciones:

Firma Colaborador: (Contratista)

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 | 80381272 |
| NOMBRES | LUIS EDUARDO |
| APELLIDOS | LAGOS RUBIO |
| 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 | E.P.S. SANITAS | CONTRIBUTIVO | 29/12/1999 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 07/10/2020 15:21:30 | **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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80381272 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | AV CL 56 A 24 - 60 TUNAL | TELÉFONO: | 7133389 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO. |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 2326013453 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio AÑO 2020 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (saaa/mm/dd): | 2020/07/06 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 57531247 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

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 | 80381272 | LAGOS | RUBIO | LUIS | EDUARDO | 2020-05 | E.P.S. SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 80381272 | LAGOS | RUBIO | LUIS | EDUARDO | 2019-03 | E.P.S. SANITAS | BENEFICIARIO |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| E.P.S. SANITAS | 05/2020 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 04/2020 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 03/2020 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 02/2020 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 01/2020 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 12/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 11/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 10/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 09/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 08/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 07/2019 | 30 | COTIZANTE |

# CONSULTA AFILIADOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERIODOS COMPENSADOS | DIAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| E.P.S. SANITAS | 06/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 05/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 04/2019 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 03/2019 | 30 | BENEFICIARIO |
| E.P.S. SANITAS | 03/2019 | 0 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 02/2019 | 30 | BENEFICIARIO |
| E.P.S. SANITAS | 01/2019 | 30 | BENEFICIARIO |
| E.P.S. SANITAS | 12/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 11/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 10/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 09/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 08/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 07/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 06/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 05/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 04/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 03/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 02/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 01/2018 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 12/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 11/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 10/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 09/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 08/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 07/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 06/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 05/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 04/2017 | 30 | COTIZANTE |
| E.P.S. SANITAS | 03/2017 | 30 | COTIZANTE |

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | MAYO 2020.pdf | MAYO 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO 2020.pdf | JUNIO 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO**

**C.C 80.381.272 DE BOGOTÁ**

La suma de 1´717.922, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administiva, facturación urgencias y hospitalizacion, en el proceso de Desarrollo Institucional, durante el periodo de 1 al 31 de JULIO del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3277-2020

LUIS EDUARDO LAGOS RUBIO

**C.C.80.381.272 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 4870248392**