| 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: | INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | .C.E | | NO. | 1.033.720.816 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | astrid3190@gmail.com | | | | CELULAR: | 3105682386 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | USS BOSA | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CONSULTA EXTERNA | | | | SEDE: | BOSA CENTRO | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | BO36R23 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 193-891964-39 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3132-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 12 DE 12 | |
| **NÚMERO DE CRP** | 1725 | **FECHA** | 26/11/2020 | **NÚMERO DE CRP** | 53723 | **FECHA** | 30/11/2020 |
| **NÚMERO DE CDP** | | **FECHA** | | **NÚMERO DE CRP** | | **FECHA** | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y o asistencial en el area de facturación dentro de los diferentes procesos y porocedimientos de la Subred Integrada de servicios de Salud Suroccidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.** | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.580.489 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | |

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| **CONCEPTO** | **VALORES** |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $18.965.868 |
| VALOR EJECUTADO | $18.965.868 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.580.489 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1034718214 | $877.803 | $109.725 | $140.449 | 3 | $21.383 | **$271.557** |

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de enero del año Dos Mil Veintiuno (2021), Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ**
**LIDER DE PROCESO DE FACTURACION:**

Ingrid Astrid Velandia W.
**INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | FACTURACION | | Sede: USS BOSA | | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 3132-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES | | C. C. | 1.033.720.816 | | DE | Bogotá | | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**

0

| 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 cuentas. | cumple | Si se realizó verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP Polizas de seguros (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | Se verifico en Los aplicativos de datos el estado de afiliacion del paciente "comprobador de derechos , adres, dnp, comprobacion de polizas, capital salud según requiere el servicio |
| 2. Consultar, verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención, así como la facturación de las mismas conforme a la resolución 412 de 2000 o la normatividad vigente, gestionando la demanda inducida al atender al usuario en coordinación con el equipo de PyD de la Subred. | cumple | se aplica con frecuencia el uso del contrato PyD, y se verifica la base de datos envia por la subred | se verifico el historico de paciente el cual nos da la información de las citas asginadas por el contrato PyD. |
| 3. Verificar y actualizar datos del paciente aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en la admisión, asignación de citas y facturación | cumple | Se realizó la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, | Se verifico los 8 correctos del paciente con el fin de actualizar la información y garantizar que los datos sean correctos. |
| 4. Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades de la Subred preguntando para cuando requiere la cita o los datos definidos en las acciones para cumplimiento de la Resolución 1552 de 2015 la norma que la modifique o los planes de acreditación e informar al usuario el valor de la cuota moderadora, cuota de recuperación o copago de acuerdo a la afiliación del usuario, así como las indicaciones para el servicio y las opciones para cancelar la cita. | cumple | Se realizó la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades. | Se realizo la correcta creación de la historia clinica, validación de datos y asignación de cita de acuerdo a la necesidad del usuario |
| 5. Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridos por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación e informar al paciente si para la cita se requiere generar autorización o realizar la solicitud por página web de la EPS conforme a los contratos suscritos por la Subred con las ERP (como EPS'S Capital Salud entre otros) | cumple | Se realizó el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación. | Se verifica el nombre del prestador, vigencia de la autorización, datos del paciente y servicio aprestar en el momento de la asignación de la cita, así como en el momento de facturar. |
| 6. Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario. (realiza entrega de factura física, recibo de caja al paciente y solicitar firma para la factura soporte). | cumple | se genera la facturacion de manera oportuna teniendo en cuenta la normatividad y contratacion vigente asi mismo se realiza los recaudos correspondientes de cada factura y se entrega la factura fisica y recibo de caja al paciente | Se realiza la factura con la lista de chequeo correspondiente, se cobra las cuotas de recuperación y entrega de factura fisica al paciente con recibo de caja y firma del paciente. |
| 7. Realizar el cierre de caja en cada entrega de programación diaria, así como la verificación 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 (autorizados) para el respectivo registro en tesorería, dejando como soporte en libro y con la generación del reporte de entrega de esta actividad en el sistema de información. | cumple | Se realiza el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro | Se recauda y se deposita a diario el dinero recaudado obtenido por la prestación de los servicios. |
| 8. Realizar el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en cumplimiento a la normatividad vigente. | cumple | Se realiza la verificacion del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en cumplimiento a la normatividad vigente. | realizando el diligenciamiento correspondiente al usuario cuando se identifica una barrera de acceso dandole la mayor solución. |
| 9. 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, 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 | Se realizó la entrega diaria de las facturas por la modalidad de cada pagador , adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historias clinicas, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito – ECAT). | Se realiza entrega diaria de facturas clasificadas por pagador con el respectivo soporte y formato de lista de chequeo |
| 10. Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas a los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si se identifica 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 | Al cerrar el mes se hace entrega de las facturas pendientes a entregar, haciendo su respectivo diligencimiento y cierre de ingresos. | Se realiza la entrega de facturas según el tiempo establecido por la oficina de facturación,y se hace seguimiento a los ingresos abiertos. |
| 11. 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 | Se responde oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios ( E.A.P.B) | Se verifica solicitud y respuesta de glosa según entidad y lineamientos de la institución. |
| 12. 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 | Se solicitó la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Se lleva acabo protocolo de enviar por correo la factura que se anula con el correspondiente motivo, y una vez anulada garantizar envio de correo con el numero de la factura generada nuevamente. |
| 13. 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 | Se realiza corrección de las facturas devueltas de manera oportuna en un plazo máximo de 48 horas. | Se realiza la corrección de las devoluciones de facturas en el tiempo establecido. |
| 14. 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 | Se lleva a cabo la asistencia y participación de las actividades que se estructuran para fortalecer el conocimiento de la Subred, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros) | Participamos en las actividades realizadas por la Subred , para fortalecer el conocimiento en el area de facturación. |
| 15. 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 | Se Realiza 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 para la certificación de pagos | Se lleva acabo el seguimiento de las actividades. contractuales a traves de la libreta , y presentando oportunamente los informes de la gestion de actividades. |
| 16. 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 | Se realiza la adecuada presentación de cuentas 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 la certificación de actividades. | se realiza la entrega oportuna de la cuenta de cobro con los soportes requeridos por la subred para certificar las actividades realizadas. |
| 17. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | cumple | Se cumplió con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Se realiza el cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| 18. 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 | Se realiza plan de contigencia en el momento que el sistema no funcione se activan facturas manuales y agendas manuales. | Se realiza plan de contingencia de acuerdo a la directrices indicadas con la activación de la factura manual. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19. 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 | Se Realiza las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de gestion para mejoramiento continuo de la misma y asi brindar una oportuna respuesta en el proceso de acreditacion . | Realizar los procesos de mejora que nos deja los entes de control , acreditación o líder del proceso. |
| 20. 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 | Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollando las actividades ,con una buena comunicación, trabajo en equipo tanto como en el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario | Mantengo una buena presentación personal y atención al usuario con un servicio humanizado trabajando en un ambiente saludable de trabajo con una comunicación acertiva. |
| 21. Cumplir con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, donde la facturación de servicios y asignación de citas iniciará mínimo 30 minutos previos al inicio de la atención asistencial, es de anotar que la actividad se culmina con la entrega a satisfección de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP. | cumple | Realizar apertura de acuerdo a nuestras actividades, manejando facturación y asignación de citas de acuerdo a los tiempos estipulados efectuando un proceso sastifactorio para el paciente | cumplimos con la programación de actividades de cada punto de servicio y dando manejo a los tiempos estipulados de facturación. |
| 22. 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 | Realizar mejoramiento en los procesos que se identifiquen para mejora del trabajo llegando acuerdo con el referente de la unidad para la mejora continua. | De acuerdo a la oportunidad de mejora se hacen los seguimientos mediante un acta firmada con el referente para cumplir con los compromisos estipulados. |
| 23. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B) | cumple | Se realiza verificacion oportuna del servicio glosado y realizando respuesta inmediata , siendo soportada o aceptada la glosa. | se soporta glosas notificadas y dando respuesta en el tiempo minimo . |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.580.489 UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES C.C 1033720816 de Bogotá

Firma de recibido supervisor:

SANDRA JINET TAFUR 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.

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-01-19, 02:28:40 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1034718214

**Periodo Cotización** 202012 **Periodo Servicio** 202012

**Cliente:**

## PAGADA 2021-01-04

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES | | | | |
| **Documento** | CC 1033720816 | **Dirección** | CR 18Q SUR #63 A - 29 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 504 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1033720816 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo Cotizante** | 57 | 00 | | | | | VELANDIA WILCHES INGRID ASTRID | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 877.803 | 230301 | | 16 % | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | EPS001 | | 12,5 % | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 877.803 | $ 21.400 | CCF24 | 2 % | $ 877.803 | $ 17.600 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | ALIANSALUD | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 17.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 289.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ADRES

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 | 1033720816 |
| NOMBRES | INGRID ASTRID |
| APELLIDOS | VELANDIA WILCHES |
| 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 | ALIANSALUD EPS S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/02/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 01/20/2021 08:00:11 | 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

## 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

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1033720816 | VELANDIA | WILCHES | INGRID | ASTRID | 2015-01 | GOLDEN GROUP | COTIZANTE |
| CC | 1033720816 | VELANDIA | WILCHES | INGRID | ASTRID | 2020-12 | ALIANSALUD E.P.S. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| ALIANSALUD E.P.S. | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| ALIANSALUD E.P.S. | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 87 Registros en 9 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

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

**SEGUIMIENTO**

| | |
|---|---|
| CONTRATISTA | INGRID ASTRI VELANDIA WILCHES |
| PERÍODO | 1/12/2020 AL 19/01/2021 |

| 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 | ANULACION SIN REMPLAZO | VALOR ANULACION SIN REMPLAZO | ANULACION REMPLAZADA | VALOR ANULACION REMPLAZADA | ANULACION TOTAL | INGRESOS | PAGARES | FACTURACION MANUAL | PQR | INICIO TARDIO DE ACTIVIDADES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1/12/2020 AL 31/12/2020 | 821 | $ 29.969.100 | 8 | $ 532.100 | | | 0 | $ - | 0 | $ - | 0 | $ - | 0 | | | | | |
| 1/01/2021 AL 19/01/2021 | 660 | $ 46.941.600 | 7 | $ 1.118.300 | 0 | $ - | 1 | $ 39.300 | 0 | | 0 | $ - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO |
| TOTAL | 1481 | $ 76.910.700 | 15 | $ 1.650.400 | 0 | 0 | 1 | $ 39.300 | 0 | $ - | 0 | $ - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO |

| | | |
|---|---|---|
| Facturas Pendientes de Noviembre y Diciembre 2018 | 0 | $ - |
| Facturas 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 | | $ - |

- $ -

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

**Total Anuladas sin Reemplazo**

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

- $ -

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos Abiertos Pendientes de Noviembre y Diciembre 2018 | 0 | $ - |
| Ingresos Abiertos Pendientes de Enero y Febrero 2019 | 0 | $ - |
| Ingresos Abiertos Pendientes de Marzo 2019 | 0 | $ - |

**Total Ingresos Abiertos**

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

- $ -

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

| | |
|---|---|
| Tipo de Soporte pendiente y Observaciones: | |

Ingrid Astri Velandia W.

Firma Colaborador: (Contratista)

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 |
| ☐ | JULIO 2020.pdf | JULIO 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 2020.pdf | AGOSTO 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 2020.pdf | SEPTIEMBRE 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 2020.pdf | OCTUBRE 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Noviembre 2020.pdf | Noviembre 2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DICIEMBRE 2020 (1).pdf | DICIEMBRE 2020 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES**

**C.C 1.033.720.816 DE Bogotá**

La suma de un millón quinientos ochenta mil cuatrocientos ochenta y nueve m/cte. $1.580.489, 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 Apoyo Administrativo Facturador Consulta Externa I, durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.3132-2020.

Ingrid Astrid Velandia W.

**INGRID ASTRID VELANDIA WILCHES**
**C.C 1.033.720.816 DE Bogotá**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**
**NUMERO 19389196439**