

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LINA RAQUEL TENJO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52738190						
CORREO ELECTRONICO:				linartenjo2312@outlook.es				CELULAR:		3172612083					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS PABLO VI BOSA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FACTURACION				SEDE:		OLARTE					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		PA31R23	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24053553047				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				741_2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2 DE 3	
NÚMERO DE CDP		31		FECHA	8/01/2021		NÚMERO DE CRP		10915		FECHA	31/01/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de facturacion dentro de las 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	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.635.806									
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$4.907.418
VALOR EJECUTADO	\$3.271.612
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.635.806
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.635.806
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

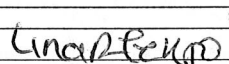
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48775991	\$ 908.526	\$113.566	\$145.364	3	\$22.132	\$281.062

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


SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
 LIDER DE PROCESO DE FACTURACION:


LINA RAQUEL TENJO
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

 INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 3/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
Ubicación del Servicio: PABLO VI BOSA -FACTURACION		Sede: PA31: OLARTE		
No. DE CONTRATO: 741_2021	Periodo certificado desde el:	Día: 1	Mes: 3	Año: 2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LINA RAQUEL TENJO		C. C.:	52.738.190	DE: BOGOTÁ
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 suroccidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.				
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐				
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas 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 responsable de pago para el procedimiento de admisión o liquidación de cuenta.	CUMPLE	se realiza la verificación de los derechos de los usuarios en las diferentes bases de datos (comprobador, DNP, fosyga, compensados, pagina web capital salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E para identificación de entidades responsables de pago.		se verifico en las bases de datos el estado de afiliación del paciente realizando signacion y facturación de servicios (ver Facturas).
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 consulta el sistema de información y se verifica las atenciones prestadas para PYD, se revisa la frecuencia uso conforme a la resolución 412 de 2000, teniendo en cuenta la demanda inducida realiza por los profesionales y equipo PYD.		se consulto y se verifico las frecuencias de uso de las actividades de promoción y prevención a todos los usuarios que solicitaban algun servicio en la unidad y se realizo asignación correspondiente de actividades de PYD que aplicaran para cada paciente, según normatividad.
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 realizo la actualización DE los ocho correctos de cada usuario, garantizando que los datos referidos correspondiera al usuario al quien se facturo el la subred sur occidente.		se verifico los ocho correctos del paciente con el fin de actualizar la información y garantizar que los datos se han 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 realiza la verificación de cada usuario proporcionando información verídica para la asignación de citas de acuerdo a la necesidad del usuario y se le informa si debe realizar algun copago por el servicio.		se realizo la asignación de citas de acuerdo a la necesidad de los usuarios, plan de beneficios y actividades de PYD, se les informo si debían realizar algun copago, se le hace entrega de la tirilla la cual se le resalta el día de la atención, profesional y tiempo de llegada para el trámite de facturación.
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 pagina web de la EPS conforme a los contratos suscritos por la Subred con las ERP (como EPS'S Capital Salud entre otros)	CUMPLE	Se realizo la verificación de las autorizaciones emitidas por los diferentes pagadores adecuado a la modalidad de contratación vigente; De igual manera se identifica de acuerdo al servicio solicitado si requiere autorización y si esta puede ser generada por pagina web CAPITAL SALUD, se realiza es tramite correspondiente.		Se realiza verificación de las autorizaciones (servicios a los cuales aplica) verificado su fecha de emisión, fecha de vencimiento, cantidad y servicio prestado, para garantizar posteriormente el pago de los mismo, así mismo se generaron autorizaciones por pagina Web.
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 realiza la facturación de los servicios asignados de manera oportuna de acuerdo a los protocolos establecidos, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente (matriz de contratación), se realiza el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario.		Se genera la facturación de los servicios prestados el mismo día de la atención, donde se imprimen dos facturas una es firma por el paciente la cual queda como soporte de aceptación del servicio (evento) y otra entrega al paciente y se direccional al consultorio o servicio donde sera prestada la atención.
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 recaudaron y se depositaron a diario en la caja fuerte los dineros obtenidos por la prestación de los servicios de acuerdo a la contratación del usuario de la sub red sur occidente.		Se recauda y se deposita a diario el dinero recaudado obtenido por la prestación de los servicios. Al cual se realiza seguimiento a través del cuadro de actividades semanales.
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 el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con numero de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente en cumplimiento a la normatividad vigente.		se realiza el diligenciamiento de anexo 1 al encontrar inconsistencias del usuario en base de datos, gestionando el reporte a la EPS correspondiente.
9. Realizar la entrega diaria del 100% de las facturas generadas garantizando los soportes administrativos y asistenciales 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. Los precierre y cierres se de garantizar el 100% de las facturas generadas y soportadas para el cumplimiento de los indicadores de venta de servicios, radicación oportuna y disminución de devoluciones y glosas.	CUMPLE	se cumple con la entrega diaria de las facturas adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma.		se cumplio con la entrega diaria de las facturas adjuntando los soportes administrativos y asistenciales requeridos, al revisor de cuenta para el proceso de auditoria correspondiente.
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	se realizo la entrega de las facturas oportunamente a la oficina de facturación según terminos establecidos. se realiza la verificación y seguimiento de los ingresos abiertos, notas credito correspondientes del mes. se realiza solicitud de la anulación de las facturas y a su vez se realiza la refacturación correspondiente la cual es reportada a la persona designada, diligenciado de manera completa y adecuada el formato establecido.		se realiza la entrega de las facturas según el tiempo establecido por el área de facturación priorizando la entrega el ultimo día del mes, con el objeto de realizar los ajustes y anulaciones correspondientes si es necesario. Se realiza seguimiento de registro abierto a través de aplicativo correspondiente, donde se determina el cierre oportuno de los mismo en los tiempos definidos. se realiza y se verifico la anulación de las facturas y a su vez se verifico la refacturación (factura remplazo), garantizando que estén en el mes de la prestación del servicio y cumpliendo con el diligenciamiento del formato para reporte.
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 realizo la respectiva respuesta al área de facturación entregando los soportes requeridos en los tiempos estipulados por la subred sur occidente.		Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el área de facturación cuando son requeridos.

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 solicita la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo y en el tiempo definido garantizando el remplazo en menos de 24 horas.	Se solicita la anulación de facturas, garantizando la corrección de las mismas con el soporte respectivo en el tiempo definido.
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 las correcciones pertinentes reportadas por el revisor oportunamente en el tiempo establecido, garantizando que estén en el mes de la generación de la factura.	Se realizo y se entrego las correcciones pertinentes reportadas por el revisor oportunamente en el tiempo establecido, garantizando que estén en el mes de la prestación del servicio.
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, reintroducción, encuestas virtuales entre otros)	CUMPLE	Se participa en las diferentes actividades realizadas para fortalecer el conocimiento de los colaboradores de la Subred sur occidente, como : Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reintroducción entre otros.	Se participa en las diferentes actividades realizadas para fortalecer el conocimiento de los colaboradores de la Subred sur occidente, como : Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reintroducción entre otros, de las cuales quedan soportes de actas de dicha participación de acuerdo al area que realiza la actividad.
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 el control de las actividades contractuales llevando semanalmente el reporte de cuadro de actividades y dando respuesta a los reporte enviados de seguimiento por parte del area de facturación.	Se realiza seguimiento semanal el cual es diligenciado en el cuadro de actividades destinado para tal fin , donde se registra la facturación generada, la trazabilidad de las mismas, los registros abiertos y la refacturación.
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 las cuentas de cobro con los soportes requeridos según contrato vigente para la certificación de actividades contractuales.	Se realiza entrega de las cuentas de cobro de acuerdo al cronograma estipulado mensualmente , con los soportes necesario para certificación de actividades cumplidas.
17. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	se cumplen los procesos y procedimientos que a la fecha han sido establecidos por la subred sur occidente.	Se cumplio con los procesos y procedimimtos establecidos por el area de facturación de la subred sur occidente.
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 realizan las actividades asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.	se realizan las actividades en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso que se presenten en la unidad de servicio.
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 realizan las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidad de mejora formulada por los entes de control, de las direcciones, acreditación o la líder del proceso.	Se realizaron las actividades y acciones definidas en el proceso de gestión del ingreso.
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	Se mantiene 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.	Se mantuvo una adecuada presentación personal, buena disposición, comunicación, trabajo en equipo, etc.en el desarrollo de las actividades.
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 satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP.	CUMPLE	se cumple con la programación de actividades realizadas 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 satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP.	Se cumplio con la programación de las actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios, en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP.
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	Se atienden y mejoran 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.	Se atendieron y mejoraron las no conformidades que se identificaron como oportunidad de mejora en el desarrollo de las actividades mediante actas firmadas.
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 realizo la respectiva respuesta al area de facturación y glosa entregando los soportes requeridos en los tiempos estipulados por la subred sur occidente.	Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el area de glosas y facturación cuando son requeridos.
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letra) \$1.635,806 MCTE UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS MCTE			
 LINA RAQUEL TENJO C.C: 62738190		 LIDER DEL PROCESO FACTURACION ANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	52738190	LINA RAQUEL TENJO	TV 68 / 44-58 SUR	7243727	linartenjo2312@outlook.es	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	Nº

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS	UPC
2021-02	2021-02		I	10/03/2021	48775991	1	0
TOTAL A PAGAR						\$299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113,600

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Coatización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Collados	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890003790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			272	22.200	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200
						No. Afiliados
						1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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 IDENTIFICACIÓN	52738190
NOMBRES	LINA RAQUEL
APELLIDOS	TENJO
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	09/02/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 03/16/2021 11:21:56 | Estación de origen: | 192.168.70.1

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 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](#)*Ekuna Barona
16-03-2021*

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	52738190	TENJO		LINA	RAQUEL	2021-01	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COMPENSAR E.P.S	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9

86 Registros en 9 Páginas

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



Aumentar el contrato



UTC -5 11:56:27

LINA RAQUEL TENJO



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda ?

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☒ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☒ SI ☐ No

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción

Nombre del archivo

Cargado por



FEBRERO2021.pdf

FEBRERO2021.pdf

Proveedor

Descargar

Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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

SEGUIMIENTO

LINA RAQUEL TENJO

01/02/2021 AL 14/03/2021

CONTRATISTA
PERIODO

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 REEMPLAZO	VALOR ANULACION SIN REEMPLAZO	ANULACION REEMPLAZADA	VALOR ANULACION REEMPLAZADA	ANULACION TOTAL	INGRESOS	PAGARES	FACTURACION MANUAL	PQR	INICIO TARDIO DE ACTIVIDADES
01/02/2021 AL 28/02/2021	720	\$ 24.687.200,00	45	\$ 4.976.946,00	0	\$ -	46	\$ 2.594.794	34	\$ 1.084.200	\$ -	\$ 1.452.534	34	0	0	0	0	NO
01/03/2021 AL 14/03/2021	401	\$ 15.109.300,00	42	\$ 5.020.943,00	0	\$ -	14	\$ 54.972.655	9	\$ 476.700	\$ -	\$ 6.935.815	9	29	0	0	0	NO
TOTAL	1121	\$ 39.796.500	87	\$ 9.997.889	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ -	\$ -	\$ -	0	0	0	0	0	NO

Facturas en estado enviado del mes actual

Total Facturas Pendientes	Año 2018	Año 2019
	\$ -	\$ -

\$ 4.785.700,00

Total Anuladas sin Reemplazo

Total Anuladas sin Reemplazo	Año 2018	Año 2019
	\$ -	\$ -

Total Ingresos Abiertos

Total Ingresos Abiertos	Año 2018	Año 2019
	\$ -	\$ -

Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:

Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento)	Análisis:	Referencia Unidad:

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:

Unilete
Firma Colaborador: (Contratista)

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LINA RAQUEL TENJO
C.C 52.738.190 DE Bogotá

La suma de un millón seis cientos treinta y cinco mil ocho cientos seis pesos m/cte. \$1.635.806, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como, Facturador consulta externa, durante el periodo de 1 al 31 de Marzo de 2.021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 741-2021.



LINA RAQUEL TENJO
C.C 52.738.190 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24053553047

Bogotá DC 17 marzo

de 2021

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI ☐ o NO ☒ cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI ☐ o NO ☒ cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
Laura Valentina Gomez T	1000861051	Hija	20 años	5 semestre	Escuela de artes y letras
Lilery Isabella Rios Tenjo	1025547436	Hija	9 años	4 grado	Alfonso Lopez Pomarejo

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI ☐ NO ☒
5. SI ☐ NO ☒ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT (\$49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI ☐ NO ☒ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de \$ 0
8. Solicito SI ☐ NO ☒ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de \$
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Artículo 383 del ET SI ☐ NO ☐ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI ☐ NO ☒

Atentamente

NOMBRE Lina Raquel Tenjo
C.C. 52738190
UNIDAD OLARTE

FIRMA Lina Raquel Tenjo

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14725652456



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **5 2 7 3 8 1 9 0** 6. DV **9** 12. Dirección seccional **Impuestos de Bogotá** 14. Buzón electrónico **3 2**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de Identificación **5 2 7 3 8 1 9 0** 27. Fecha expedición **2 0 0 0 2 1 7**
Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Bogotá D.C.** 30. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 31. Primer apellido **TENJO** 32. Segundo apellido **LINA** 33. Primer nombre **RAQUEL** 34. Otros nombres **RAQUEL**
35. Razón social
36. Nombre comercial

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Bogotá D.C.** 40. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 41. Dirección principal **TV 681 44 58 SUR** 42. Correo electrónico **linartenjo2312@outlook.es** 43. Código postal **1 6 9** 44. Teléfono 1 **3 1 7 2 6 1 2 0 8** 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica
Actividad principal 46. Código **4 6 5 9** 47. Fecha inicio actividad **2 0 1 6 0 9 0 2** Actividad secundaria 48. Código **3 3 1 3** 49. Fecha inicio actividad **2 0 1 6 0 9 0 2** Otras actividades 50. Código **8 2 9 9** Ocupación 51. Código **1** 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **4 9** 49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

Obligados aduaneros
54. Código **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20**
Exportadores
55. Forma **1** 56. Tipo **1** 57. Modo **1** 58. CPC **1**

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos **SI** ☐ **NO** ☒

60. No. de Folios: **0**

61. Fecha **2020 - 11 - 30 / 09 : 19 : 25**

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Párrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre **TENJO LINA RAQUEL**
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**

