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:	**MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ**											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	**52186821**						
CORREO ELECTRONICO:	magdanell75@hotmail.com				CELULAR:	**3014787863**						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**FONTIBON**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	**FONTIBON**						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03R23	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**475070020809**								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**897-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**2**				
NÚMERO DE CDP	31	**FECHA**	8/01/2021	**NÚMERO DE CRP**	11071	**FECHA**	31/01/2021			
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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1.778.049									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA								

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:	$ 5.334.147
VALOR EJECUTADO	$ 3.556.098
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.778.049
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.778.049
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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
49189661	$908.526	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

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

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ	**MAGDA NELLY MUNOZ GONZALEZ**
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR	**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	3/07/2020	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**FACTURACION**			**Sede:**	**USS FONTIBÓN**						
No. DE CONTRATO:	897-2021	Periodo certificado desde el		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ			**C. C.**	52.186.821		**DE**	BOGOTA		

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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI 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 responsable de pago para el procedimiento de admisión, liquidacion de cuenta, generación de facturas electrónicas y registros de seervicios en el Sistema de Información de la Institución 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	Se realizo verificacion de derechos en las diferentes paginas de revision según la normatividad y contratacion vigente , realizando a su vez comparacion con el soportes incluido en el aplicativo SIIES (central de autorizaciones)	se realizo verificacion de derechos de los diferentes usuarios que estuvieron en la unidad de servicios de salud fontibon, en las diferentes paginas que maneja el area de facturacion como COMPROBADOR DE DERECHOS, ADRES, DNP, PAGINA WEB CAPITAL SALUD Y PAGINA CAPITADOS UNICAJAS, realizando asi la correcta facturacion de los servicios prestados, para asi dar cumplimiento a la completa radicacion de lo facturado.
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) , verificacion de entidad responsable de pago y contratacion vigente (matriz de contratacion) en aras de garantizar un registro con calidad, confiable y oportuno acorde con la normatividad vigente para el cargue diario en línea, la liquidación y generación de las facturas electrónicas y los registros de servicios	CUMPLE	Se realizo la respectiva admision del paciente aplicando los ocho correctos, para garantizar el registro confiable en el sistema de la subred integrada de servicios de salud Sur Occidente.	Se realiza revision de las admisiones corroborando los 8 correctos los cuales son (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia), para asi evitar que se presenten eventos adversos.
3. 3. Realizar o verificar el registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, y verificación de la preliquidación hasta la generación de factura, acorde con la unidad que se asigne y los cambios normativos para estas atenciones	CUMPLE	Se realizo la respectiva admision del paciente aplicando los ocho correctos, para garantizar el registro confiable en el sistema de la subred integrada de servicios de salud Sur Occidente.	Se realiza revision de las admisiones corroborando los 8 correctos los cuales son (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia), para asi evitar que se presenten eventos adversos.
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	No aplica para el area de facturacion, actividad realizada por el area de admisiones.	Se realiza verificacion en el aplicativo SIES para corroborar documentos soportes de autorizacion y documentos de identificacion , los cuales son anexados a las facturas que correspondan según normatividad vigente.
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	CUMPLE	Se realizo el reporte al área de autotorizaciones de los pacientes y eventos que se encuentran en los diferentes servicios respectivos.	Se realiza verificacion en el aplicativo SIES para corroborar documentos soportes de autorizacion y documentos de identificacion , los cuales son anexados a las facturas que correspondan según normatividad vigente
6. . Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información y las unidades asignadas	CUMPLE	se realizo la verificacion de las agendas disponibles y se asigno las citas medicas según la disponibilidad a todos los pacientes que estuvieron solicitando los servicios medicos en la unidad fontibon	Se realiza la asignacion de citas correspondienter a prioritarias, consulta de pos partos y RN, donde es entrgada la reserva de cita acada paciente , indicandole lugar de atencion.
7. Brindar información clara y oportuna a los usuarios, equipo de salud, 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	Se realizo atencion en los diferentes servicios. Con un enfoque de trato humanizado y digno hacia los usuarios brindando informacion solicitada con respecto al cobro y facturacion de servicios prestados por el Hospital.	Actividad realizada por el area de trabajo social con el apoyo de facturacion reportando el valor de la facturacion y el copago para que sea reportado diaroamente al paciente y al momento del egreso efectuo los pagos correspondiente
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	se realizo el debido proceso de entrega de hoja de ruta a autorizaciones para sus tramites internos antes del egreso del paciente, de igual manera se reporta a la referente de facturacion via correo los pacientes con salidas en los diferentes servicios	Actividad realizada por el area de admisiones con el apoyo de facturacion para identificacion de pacientes hospitalizados para asi realizar los cargues diarios y garantizar una oportuna y correcta facturacion.
9. Verificar y realizar diariamente el cargue o confirmación de los servicios prestados en línea (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	se realiza un cargue diario de los servicios e insumos y procedimiento realizados a los diferentes pacientes hospitalizados en la unidad fontibon garantizando cargue de todo lo realizado.	Se realiza el correcto cargue de la cuenta medica teniendo en cuenta la historia clinica y servicios prestados (liquidacion de cuentas) y entregando al area de facturacionlas cuentas completa con sus debidos soportes segun la normatividad y contratacion vigente
10. Realizar la liquidación de cuentas y generar la facturación de los servicios prestados, generación de copagos y/o cuotas de recuperación, para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como 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 normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 o las que la modifiquen o sustituyan)	CUMPLE	Se realizo atencion en los diferentes servicios. Con un enfoque de trato humanizado y digno hacia los usuarios brindando informacion solicitada con respecto al cobro y facturacion de servicios prestados por el Hospital.	Se realiza la adecuada liquidacion de cuentas ,entregando al area de facturacion la cuentas completa con sus debidos soportes segun la normatividad y contratacion vigente
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	Se realizo recaudo de copagos y cuotas de recuperacion en paciente que por su nivel o categoria asi lo requirieron según normatividad vigente, se entregan informes de tesoreria, se registra en el libro de recaudo el valor recibido a diario y se deposito el sobre debidamente marcado en la caja de seguridad	Se realiza cierre de caja a diario depositando dinero en caja fuerte y soportes en libro de recaudo y el cual se encuentra registrado en el seguimiento de actividades por semana

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, así como el reporte de novedades y situaciones pendientes de gestión al referente de facturación de la Unidad y líder asistncial.	CUMPLE	se realizo entrega de turno de acuerdo alos parametros intir)tucionales indicados por el area de facturacion el valor recibido a diario y se deposito el sobre debidamente marcado en la caja de seguridad	Se realiza entrega de turno indicando las inconsistencias identificadas , los pendientes,pacientes en proceso de remision y insumos a traves de los diferentes medico de comunicaciones institucionales como son : correo insitucional , whatsaap institucional y libro de entrega que se encuentra firmado
13.. 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 precierres y cierres se debe garantizar el 100% de las facturas generadas y soportadas para el cumplimiento de los indicadores de venta de servicios, radicación oportuna y disminucón de devoluciones y glosas.	CUMPLE	Se realizo entrega diaria deacuerdo a instrucciones por area de facturacion con los soportes administrativos a sistenciales requeridos	se realizo la entrega de facturas con el soporte respectivo de pacientes con egreso en horas del dia , soportandolas de acuerdo a la normatividad vigentes y según lineamientos dados por el profesional de facturacion, se entregan soportadas al punteador de facturas para que entren en el proceso de revision.
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), validando que para los precierre y cierres se garantice la entrega del 100% de la factura y cargue 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 facturación de cada unidad o quien se asigne). 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	CUMPLE	Se realizo cierre de la facturación diaria de acuerdo a instrucciones por area de facturacion con los soportes administrativos a sistenciales requeridos	se realizo cierre de facturación con el soporte respectivo de pacientes con egreso en horas del dia , soportandolas de acuerdo a la normatividad vigentes y según lineamientos dados por el profesional de facturacion, se entregan soportadas al punteador de facturas para que entren en el proceso de revision.
15. Realizar el cierre (facturacion) de los ingresos con egreso clinico 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 y reportada la gestión al subproceso o área responsable. Registro en libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro.	CUMPLE	Se realizo cierre de la facturación diaria de acuerdo a instrucciones por area de facturacion con los soportes administrativos a sistenciales requeridos	se realizo cierre de facturación con el soporte respectivo de pacientes con egreso en horas del dia , soportandolas de acuerdo a la normatividad vigentes y según lineamientos dados por el profesional de facturacion, se entregan soportadas al punteador de facturas para que entren en el proceso de revision.
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	Se realizo la anulación de facturas de acorde con los procedimientos de la Subred y se garantizo la oportuna corrección..	Se realizo la anulación pertinentes a la factura de acuerdo a las directrices implementadas por la subred reportadas por correo electronico , libro de anulacion con sus soportes correrspondientes , donde se remite posteriormente su factura remplazo
17. 7. 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 realizo la corrección de las facturas devueltas por los técnicos de manera oportuna cuando el sistema lo permite.	Se realiza la corrección de las facturas devueltas por los técnicos de manera oportuna y garantizando las correccionesde los ultimos dias del mes para quedar facturadas dentro el tiempo estipulado
18. . Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer la información, las competencias y el conocimiento de la Subred, la socialización y adherencia a los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros)	CUMPLE	se realizo cumplimiento a las diferentes actividades realizadas en la sub red, participando activamente en las diferentes actividades programadas.	Se realiza cumplimiento con la participacion a cada uno de los evento y actividades programada tanto internamente en la unidad como las programadas por la subred.
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 y compromisos de las metas de la Unidad así como con las observaciones para la mejora identificadas por el Líder de la Sede o Unidad.	CUMPLE	se realiza un control y seguimiento de las actividades de acuerdo a los reporte entregados por el sistema de informacion	Se realiza seguimiento semanal el cual es diligenciado en el cuadro de actividades destinado para tal fin , donde se registra semnalmente la facturacion generada y la trazabilidad de las mismas
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	Se realiza la entrega de facturas a revisiores de cuentas para proceso de auditoria	Se realiza entrega de facturacion generada a traves del aplicativo correspondiente , garantizando la entrga oportuna dando cumplimiento a las actividades contractuales
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	Consultando la normatividad, y se realizo la verificacion de los soportes solicitados esten adjuntos de acuerdo a los requerimientos del Pagador	Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el area de glosas y facturacion cuando son requeridos
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	Tener sentido de pertenencia con la institución y los procesos de Acreditación para para una mejora continua y contando con buen quipo de trabajo	Se cumplio con la adherencia a los procedimiento y las actividades establecidas por la subred , evidenciado por laparticipacion de las actividades y facturacion correspondiente
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	Se brinda tiempo adicional cuando las unidades lo requieran por eventualidades	Entrega de las actividades adicionales de acuerdo a la contingencia
24. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de las políticas de la institución, estrategias, planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora, formuladas por los entes de control, las direcciones, acreditación, humanización, programas asistenciales, de PyD, por la líder del	CUMPLE	si se realiza actividades solicitadas de acuerdo a la necesidad y requerimientos	se realiza actividades solicitadas de acuerdo a la necesidad y requerimientos
25. 5. 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	se usa vestimenta adecuada para las labores a realizar	Se porta el carnet y chaleco que m identifica como funcionaria
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	Se realiza las actividades solicitadas acorde al servicio	Se cumple con las activades establecidas en el SECOP
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, líder asistencial o supervisor del contrato..	CUMPLE	Se tienen en cuenta observaciones realizadas por usarios internos y externos	se deja por escrito en acta acciones realizadas para minimizar las no conformidades

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.778.049 UN MILLON SETECIENTOS SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

MAGDA YELLY MUÑOZ GONZALEZ C.C 52186821 DE BOGOTA

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ - LIDER DE FACTURACION SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E - MARZO- 2021

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

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	52186821
NOMBRES	MAGDA NELLY
APELLIDOS	MUÑOZ GONZALEZ
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/17/2021 09:50:13	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 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	52186821	MUÑOZ	GONZALEZ	MAGDA	NELLY	2015-07	FAMISANAR E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	52186821	MUÑOZ	GONZALEZ	MAGDA	NELLY	2021-01	E.P.S SANITAS	COTIZANTE
CC	52186821	MUÑOZ	GONZALEZ	MAGDA	NELLY	2019-01	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 — 92 Registros en 10 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52186821	MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ	calle 14 # 108 48	6754896	magdanel75@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	09/03/2021	49189661	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

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	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52186821	MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ	calle 14 # 108 48	6754896	magdanel75@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-02	2021-02	I	09/03/2021	49189661	$281.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52186821	MUÑOZ GONZALEZ MAGDA NELLY	57	0			N																	25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS005	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Datos guardados

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		
☐	FEBRER0.pdf	FEBRER0.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

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

SEGUIMIENTO

CONTRATISTA	MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ
PERIODO	01/02/2021 AL 12/03/2021

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
01/02/2021 AL 28/02/2021	70	$ 238.315.971	24	$ 24.658.029	0	$ -	5	$ 1.313.291	0	0	1	$ 1.405.164	0	0	0	0	0	NO
01/03/2021 AL 12/03/2021	82	$ 126.849.455	31	$ 58.635.650	1	$ 804.095	1	$ 5.691.614	0	$ -	1	$ 5.691.614	0	0	0	0	0	NO
TOTAL	152	$ 365.165.426	55	$ 83.293.679	1	$ 804.095	6	$ 7.004.905	0	$ -	2	$ 7.096.778	0	0	0	0	0	NO

Facturas Pendientes de 2020	0	$ -
Facturas Pendientes de 2021	1	$ 804.095

Facturas en estado enviada del mes actual

Total Facturas Pendientes

Año 2020	$ -	$ -	Año 2021	1	1	$ 804.095

Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de 2020	0	$ -
1Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de 2021	0	$ -

Total Anuladas sin Reemplazo

Año 2020	$ -	$ -	Año 2021	0	-	$ -

Ingresos Abiertos Pendientes de 2020	0	$ -
Ingresos Abiertos Pendientes de 2021	0	$ -

Total Ingresos Abiertos

Año 2020	$ -	$ -	Año 2021	0	-	$ -

Verificado Por: (Nombre y firma)	Facturación (Seguimiento hoja de ruta):	KAREN LILIANA BELTRAN	Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:	KAREN BELTRAN	Analista:		Apoyo Urgencias:		Referente Unidad:	ADRIANA MARTINEZ MOJICA

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Firma Colaborador: (Contratista)

ELABORO: KAREN BELTRAN

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ

C.C 52.186.821 DE BOGOTÁ

La suma de un millón setecientos setenta y ocho mil cuarenta nueve pesos m/cte, $ 1.778.049 por concepto de: 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 como apoyo administrativo facturador urgencias II, durante el periodo de 01 al 31 de Marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 897-2021

MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ

C.C 52.186.821 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 475070020809

Bogotá DC 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 X Cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO ___X_ 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

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO __X_____
5. SI _____ NO ___X__ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO ___X__ 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 $_____
8. Solicito SI _____ NO _x 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 Articulo 383 del ET SI _____ NO__x__ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___x____

Atentamente

NOMBRE: Magda Nelly Muñoz González FIRMA

C.C 52 186 821
UNIDAD FONTIBON

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14495839725

(415)7707212489984(8020) 000001449583972 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52186821	8	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52186821	19941031

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	GONZALEZ	MAGDA	NELLY

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 14 108 48 ET 1 C CA 386 CON PARQUE RESIDENCIAL SABANA GRANDE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
magdanell75@hotmail.com		3014787863	3195448377

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8211	20150321						0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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 [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 20190104

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: MUÑOZ GONZALEZ MAGDA NELLY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-01-2019 08:46:25AM

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO