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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES FELIPE VELA MONTENEGRO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1085927797	
CORREO ELECTRONICO:	velandres0@gmail.com				CELULAR:	3162582886	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA URGENCIAS PATIO BONITO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550474400010473				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1245			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1972	FECHA	2023-08-24 14:19:49.000	NÚMERO DE CRP	41123	FECHA	2023-08-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-08-01		2023-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,446,946				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

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:	$45,960,486
VALOR EJECUTADO	$45,960,486
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,446,946
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 $2.194,507 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
70049665	$2,246,033	$280,754	$359,365	3	$54,713	$694,833

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
23846067
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	ATENCIÓN DE PACIENTES CON IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TECNICA ASI COMO MANTENER UN TRATO ADECUADO CON COLEGAS Y OTROS TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN	SE REALIZA LA DEBIDA ATENCIÓN HOSPITALARIA CON CALIDAD Y EFICIENCIA A LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. PROCESO REALIZADO DE MANERA EFICAZ Y OPORTUNA, BUEN TRATO HACIA LOS PACIENTES Y A LOS COMPAÑEROS.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SE REALIZA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CUMPLIENDO CON TODA LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	REALIZAR REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES Y ACTUALIZAR INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA SUB RED	SE DILIGENCIARAN REGISTROS DE ACTIVIDADES Y/O PROCEDIMIENTOS PARA SI MANTENER ACTUALIZACION DE ESTADISTICAS CON EL FIN DE MEJORAR PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	SE REALIZA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CUMPLIENDO CON TODA LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD
Participar en la programación de actividades del área.	SE REALIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE BUENA FE, CUMPLIENDO A CABALIDAD CON TODAS LAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR	HISTORIAS CLÍNICAS, FICHAS DE NOTIFICACIÓN, NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS, NOTIFICACIONES EN MESA DE AYUDA SEGÚN REQUERIMIENTO.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	SE REALIZA REPORTE DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LA SUB RED	DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LA SUB RED
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SE EJECUTAN LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORAMIENTO INDICADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO	HISTORIAS CLÍNICAS, FICHAS DE NOTIFICACIÓN, INFORMES DE FALLOS EN MESA DE AYUDA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	SE REPARTIRÁN INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	INDICAR Y REPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD ANTE ALGUNA TAREA O PROCEDIMIENTO A REALIZAR AL PACIENTE
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SE REALIZA RESPUESTA A QUEJAS, PETICIONES Y RECLAMOS DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE LA SUBRED Y/O SUPERVISOR	RESPUESTAS FORMALES DE PQRS SOLICITADOS POR SUBRED O SUPERVISOR
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	DILIGENCIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	DILIGENCIAR DE MANERA LEGIBLE CONSENTIMIENTO INFORMADO A REALIZAR AL PACIENTE
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	REALIZAR SEGUIMIENTOS Y CONTROLES A PACIENTES QUE REQUIERAN SU ATENCIÓN	REGISTRAR SEGUIMIENTOS Y CONTROLES REALIZADOS A PACIENTES QUE REQUIERAN DICHA ATENCIÓN
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REALIZAR INFORME DETALLADO DE LA VALORACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, ADEMÁS DE LA CONDICIÓN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE Y EL MANEJO A SEGUIR QUE SE DARÁ	DAR INFORME CLARO A PACIENTES Y FAMILIARES ACERCA DEL ESTADO DEL PACIENTE, CONDICIÓN Y CONDUCTA MÉDICA
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	SE BRINDARÁ CONCEPTOS MÉDICOS QUE REQUIERA PACIENTE PARA SU CORRECTA VALORACIÓN	SE INFORMARÁN Y DARÁN CONCEPTOS MÉDICOS PARA CORRECTA VALORACIÓN DEL PACIENTE
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SE APOYARÁ EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS INDICADOS POR LA SUB RED	APOYAR EL CUMPLIMENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	DILIGENCIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	DILIGENCIAR DE MANERA LEGIBLE CONSENTIMIENTO INFORMADO A REALIZAR AL PACIENTE

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SE DESARROLLARÁ INFORME CADA MES ACERCA DEL DESARROLLO Y AVANCE DE LAS ACTIVIDADES Y SE ENTREGARÁN AL RESPECTIVO SUPERVISOR	REALIZAR Y ENTREGAR INFORME DETALLADO ACERCA DEL DESARROLLO Y ACTIVIDADES DE ACUERDO AL PERFIL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	RESPONDER Y CUIDAR ELEMENTOS QUE SE ENTREGUEN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE IGUAL MANERA QUE ESTOS SAN ENTREGADOS EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	RECIBIR Y ENTREGAR MATERIALES O ELEMENTOS ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE ACUERDO AL PERFIL
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACIÓN, ADEMÁS DE REUNIONES QUE SEAN ASIGNADAS O CONVOCADOS POR LA SUB RED.	PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES Y CONVOCATORIAS REALIZADAS PRO LA SUB RED DE ACUERDO AL PERFIL
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SE APLICAN LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES ESTABLECIDAS Y DAR CUMPLIMIENTOS A ESTAS	REALIZAR, CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A FORMATOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUB RED DE ACUERDO AL PERFIL
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	APOYAR A LA SUB RED EN LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS O CONVOCADAS	APOYAR ACTIVIDADES SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA SUB RED
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	REALIZAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO A LA INFORMACION DE LA SUB RED	REGISTRAR ACTIVIDADES INDICADAS POR LA SUB RED DE ACUERDO AL PERFIL
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SE DESIGNE	SUPERVISAR CONTRATOS SEGÚN DESIGNACION DE LA SUB RED
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SE REALIZA PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN, RIESGOS LABORALES) MES VENCIDO DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN	SE ENTREGAN COMPROBANTES DE PAGO DE PLANILLA PILA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SE DESARROLLARAN ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGUN EL PERFIL SEGUN LO ESTABLEZCA LA SUB RED	REALIZAR ACTIVIDADES SEGUN LO ESTIPULADO POR LA SUB RED

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
23846067
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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	1085927797	ANDRES FELIPE VELA MONTENEGRO	Cll54 10 66 apt 413	3162582886	velandres0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	10/08/2023	70049665	$695.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	280.900	0		0		0	0	0	0	280.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	359.600	0	0	0	0	0	0		359.600	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	54.800				54.800	0	0	54.800			548	54.800	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	280.900	280.900
Pensión	1	359.600	359.600
Riesgos Laborales	1	54.800	54.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	695.300	695.300

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	1085927797	ANDRES FELIPE VELA MONTENEGRO	Cll54 10 66 apt 413	3162582886	velandres0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	10/08/2023	70049665	$695.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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
1	CC	1085927797	VELA MONTENEGRO ANDRES FELIPE	59	0			N								X								230201	2.247.000	359.600	0	0	0	0	EPS037	2.247.000	280.900	14-11	2.247.000	3	54.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1085927797	VELA	MONTENEGRO	ANDRES	FELIPE	2023-07	NUEVA E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	1085927797	VELA	MONTENEGRO	ANDRES	FELIPE	2016-02	CAFESALUD E.P.S S.A.	BENEFICIARIO
CC	1085927797	VELA	MONTENEGRO	ANDRES	FELIPE	2015-11	SALUDCOOP E.P.S	BENEFICIARIO

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
NUEVA E.P.S S.A.	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	03/2022	23	COTIZANTE	Estado Emeregencia
NUEVA E.P.S S.A.	03/2022	7	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	02/2022	30	COTIZANTE	Estado Emeregencia
NUEVA E.P.S S.A.	01/2022	28	COTIZANTE	Estado Emeregencia
NUEVA E.P.S S.A.	01/2022	2	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	12/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
NUEVA E.P.S S.A.	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	04/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	03/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	02/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	01/2021	28	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	02/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	01/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	12/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	11/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	09/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
NUEVA E.P.S S.A.	08/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	07/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	06/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	05/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	04/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	03/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	02/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	01/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	12/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	11/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	10/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
NUEVA E.P.S S.A.	09/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	02/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	01/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
CAFESALUD E.P.S S.A.	12/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	11/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	10/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	09/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	08/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	07/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	06/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	05/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	04/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	03/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	02/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	01/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	12/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	11/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	10/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	09/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	08/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	07/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	06/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
SALUDCOOP E.P.S	05/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	04/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	03/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	02/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	01/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	12/2013	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	11/2013	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUDCOOP E.P.S	10/2013	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDRÉS FELIPE VELA MONTENEGRO

C.C 1085927797 DE IPIALES

La suma de 6.446.946 **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS** por concepto de: **HOSPITALARIO EN PEDIATRÍA** durante el periodo de **1 al 31 DE AGOSTO DEL 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1245-2023**



ANDRÉS FELIPE VELA MONTENEGRO

C.C 1085927797 DE IPIALES

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NÚMERO **0550-474400010473**