| 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: | KELY JOHANA SIERRA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1049432145 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Kellyjohanasierra@hotmail.es | | | | CELULAR: | 3213504880 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CAMI-II | | | | SEDE: | USS FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO03R28 | 100,00% | | | | | | | - | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380842661 | | | | | | | | PENSIONADO | | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3399-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | 6 DE 6 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 573 | FECHA | 20/04/20 | NÚMERO DE CRP | 24168 | FECHA | 30/04/20 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 7 | 2020 | | 31 | 7 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.717.922 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $10.307.532 |
| VALOR EJECUTADO | $10.307.532 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.717.922 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$,2,194,507** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1031000371 | $877.803 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

Dado en Bogotá mes de JULIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Luz Mary Torres R

**LUZ MARY TORRES RINCON**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Kely Johana Sierra 1049432145

**KELY JOHANA SIERRA**
**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 |
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |
| | | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | AUTORIZACIONES | | | **Sede:** USS FONTIBON | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3389-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 7 | 2.020 | | 31 | 7 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | KELY JOHANA SIERRA | | **C. C.** | 1.049.432.145 | | **DE** | GYAS (BOY) | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUTORIZADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar verificación de derechos en la páginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | SI | Se realizó verificación de derechos en las páginas de ADRES (BDUA, compensados), Comprobador de derechos , DNP Paginas WEB, Capital salud y aplictivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a los pacientes hospitalizados en los servicios | Registro en SIIES (módulo verificación de derechos) |
| Realizar la admisión 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<br>.Realizar la admisión 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 | SI | Se realizo seguimiento y actualización de admisión 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<br>a el 100% de lospacientes que ingresaron en el mes de Agosto a los servicios URGENCIAS | Registro Dinamica Gerencial ( Admisones - Ingreso del paciente) |
| Realizar el escaneo de documentos de los usuarios para que se incluyan como soporte de la atención. | SI | Se realizo el escabneo de los documentos soportes de los usuarios que corresponden al servicio URGENCIAS | Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3) |
| Aplicar los procesos y procedimientos de autorizaciones tanto de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma. | SI | Se realizo gesión con los reportes de los usuarios del servico URGENCIAS dando cumplimiento al Decreto 4747 y la Resolición 3047 de 2008. | Registro en SIIES (modulo Anexo 2 y anexo 3) |
| Realizar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados( cama por cama), efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno. | SI | NO APLICA | NO APLICA |
| Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida. | SI | NO APLICA | NO APLICA |
| Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y asi mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad. | SI | Se realizo registro de toda la gestion realizada a los pacientes del los servicios URGENCIAS | Registro en SIIES |
| Entregar oportunamente los soportes del proceso de Autorización a los facturadores con el fin de ser anexados en cada una de las facturas generadas a las EAPB. | SI | NO APLICA | NO APLICA |
| Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B). | SI | Se brindo Información a (1010) pacientes y sus familiares. | N/A |
| Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación en cuanto a reconstrucción de facturas o cierres de ingresos asignados por el referente de autorizaciones. | SI | NO APLICA | NO APLICA |
| Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Cartea y glosas en la consecución de soportes que se requiera para dar respueta a las difeentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Adinistradoras de Planes de Beneficios | SI | NO APLICA | NO APLICA |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.717.922 UN MILLON SETECIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE.**

Kely Johana Sierra 1049432145

KELY JOHANA SIERRA CC 1049432145

Firma de recibido supervisor:

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-07-07, 04:11:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1031000371

**Periodo Cotización:** junio de 2020 **Periodo Servicio:** junio de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8820525200

**PAGADO 07/07/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KELLY JOHANA SIERRA | | |
| **Documento** | CC1049432145 | **Dirección** | CRA 123 N 17 F 11 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3213504880 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1049432145 | KELY JOHANA SIERRA | 56 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 877,803 | $ 140,500 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 877,803 | $ 109,800 | 2.436 | $ 877,803 | $ 21,400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271,700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877,803 | $ 877,803 | $ 877,803 | $ 0 | $ 140,500 | $ 109,800 | $ 21,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271,700 | $ 0 | $ 271,700 |



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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de Imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

**CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS**
**DATOS EN DECRETO 780 DE 2016**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO**

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ULTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1049432145 | SIERRA | | KELY | JOHANA | 2020-05 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | COTIZANTE |
| CC | 1049432145 | SIERRA | | KELY | JOHANA | 2016-05 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | BENEFICIARIO |
| CC | 1049432145 | SIERRA | SIERRA | KELY | JOHANA | 2020-04 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | COTIZANTE |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DIAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 05/2020 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 04/2020 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 03/2020 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 02/2020 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 01/2020 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 12/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 11/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 10/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 09/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 08/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 07/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 06/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 05/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 04/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 03/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 02/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 01/2019 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 12/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 11/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 10/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 09/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 08/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 07/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 06/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 05/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 04/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 03/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 02/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 01/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 12/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 11/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 10/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 09/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 08/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 07/2017 | 30 | COTIZANTE |

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1049432145 |
| NOMBRES | KELY JOHANA |
| APELLIDOS | SIERRA |
| 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 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | CONTRIBUTIVO | 01/03/2012 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 07/09/2020 15:44:14 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 07 / 2020**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**KELY JOHANA SIERRA**

**C.C 1.049.432.145 DE GUACAMAYAS(BOY)**

La suma de $1.717.922, por concepto de: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II-AUTORIZADOR durante el periodo de 01 al 31 de JULIO/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3399-2020

Kely Johana Sierra
**KELY JOHANA SIEERA**

**C.C.1049432145 DE GUACAMAYAS (BOY)**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 7380842661**