

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:                     |                 | LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO |                 |     |                 |          |                 |            |                 |    |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 | C.C                          | X               | C.E |                 | NO.      | 1012395956      |            |                 |    |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 | milady1193@hotmail.com       |                 |     |                 | CELULAR: | 3202414813      |            |                 |    |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                              |                 |     |                 | PABLO VI |                 |            |                 |    |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 | FACTURACION                  |                 |     |                 | SEDE:    | PABLO VI        |            |                 |    |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                            | Centro de costo | %   | Centro de costo | %        | Centro de costo | %          | Centro de costo | %  | Centro de costo | % |
|                                             | PA16R23         | 100                          |                 |     |                 |          |                 |            |                 |    |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | DAVIVIENDA      |                              |                 |     | TIPO DE CUENTA: |          | Ahorros         |            |                 |    |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 | 468200115334                 |                 |     |                 |          |                 | PENSIONADO |                 | No |                 |   |

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

|                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                          |       |        |            |     |      |
|--------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------|--------|------------|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: |                | 3103-2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 8 DE 8 |            |     |      |
| NÚMERO DE CDP                  | 1243           | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 27/08/2020          | NÚMERO DE CRP            | 36310 | FECHA  | 30/08/2020 |     |      |
| 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 suroccidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional apoyo institucional como apoyo institucional. |                     |                          |       |        |            |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:           |                | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DIA                 | MES                      | AÑO   | HASTA  | DIA        | MES | AÑO  |
|                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                   | 9                        | 2020  |        | 30         | 9   | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:    |                | \$1,580,489                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                          |       |        |            |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS              | Administrativo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | RESERVA DE GLOSA 2% |                          |       |        |            |     |      |

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO                                | VALORES      |
|-----------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$12,643,912 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$12,643,912 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$1,580,489  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD<br>12.5% IBC | APORTE<br>PENSION 16% | NIVEL<br>ARL | APORTE<br>ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|---------------|---------------|
| 45019878           | \$877,803         | \$ 109,725                  | \$140,449             | 3            | \$21,383      | \$271,557     |

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ  
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 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 y se verifica la anulación de las facturas y a su vez se verifica la refacturación (factura remplazo), garantizando que estén en el mes de la prestación del servicio y cumpliendo con el diligenciamiento del formato para reporte                                                                                                         |
| 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 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.                                                                                                                                                                             |
| 14. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuran 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 área 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 reportes enviados de seguimiento por parte del área 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 la adecuada presentación de las cuentas de cobro con los soportes requeridos según contrato vigente para la certificación de actividades contractuales                                                                                                                                                                                      |
| 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 cumplió con los procesos y procedimientos establecidos por el área 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 realiza las actividades asignadas en los planes de contingencia que se activan en las necesidades del proceso que se presentan en las unidades                                                                                                                      | se realiza las actividades asignadas en los planes de contingencia que se activan en las necesidades del proceso que se presentan en las unidades                                                                                                                                                                                                      |
| 19. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros.                                                                                                                                                                                                                                           | CUMPLE | se realiza las actividades asignadas en el proceso de gestión del ingreso, cumpliendo los planes de mejoramiento definidos para dar respuesta a una oportunidad de mejora formulada por los entes de control, de las direcciones, acreditación o la líder del proceso. | se realiza las actividades asignadas en el proceso de gestión del ingreso, cumpliendo los planes de mejoramiento definidos para dar respuesta a una oportunidad de mejora formulada por los entes de control, de las direcciones, acreditación o la líder del proceso.                                                                                 |
| 20. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLE | cumple con una buena presentación personal en el desarrollo de las actividades, con la mejor disposición, comunicación y trabajo en equipo, mejorando la satisfacción del usuario                                                                                      | cumple con una buena presentación personal en el desarrollo de las actividades, con la mejor disposición, comunicación y trabajo en equipo, mejorando la satisfacción del usuario                                                                                                                                                                      |
| 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 las actividades programadas de los servicios ambulatorios en la unidad y se cumple con el horario establecido                                                                                                                                            | se dio cumplimiento con la programación establecida para dar respuesta a los servicios ambulatorios y la prestación de los mismos, como también se dio cumplimiento a los horarios establecidos                                                                                                                                                        |
| 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 realiza y se verifica oportunidades de mejora en el desarrollo de las actividades para ser entregadas al referente de la unidad cuando se presente                                                                                                                  | se desarrollaron e identificaron algunas oportunidades para mejorar las actividades del proceso                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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 da respuesta oportuna a las solicitudes presentadas en el área de facturación de las diferentes objeciones por cada una de las entidades administradoras                                                                                                            | se dio cumplimiento y respuesta oportuna a las solicitudes requeridas por el área de facturación de las objeciones de las entidades administradoras de planes de beneficios                                                                                                                                                                            |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | \$1,580,489 un millón quinientos ochenta mil cuatrocientos ochenta y nueve pesos                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LEIDY JOHANNA URREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | 1012395956                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO CC: 1012395956                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | Fecha :SEPTIEMBRE /2020 Firma de recibido supervisor SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| DE LIDER FACTURACION SUBRED SUR OCCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

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 | 1012395956     |
| NOMBRES                  | LEIDY JOHANNA  |
| APELLIDOS                | URREA CARRILLO |
| 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 | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 02/02/2015                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de Impresión: 09/11/2020 11:34:29 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](#)

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 esta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO           | NÚMERO DE  | PRIMER   | SEGUNDO  | PRIMER | SEGUNDO | NOMBRE  | PERÍODO    | ÚLTIMO | EPS / EOC | TIPO |
|----------------|------------|----------|----------|--------|---------|---------|------------|--------|-----------|------|
| IDENTIFICACION | DOCUMENTO  | APELLIDO | APELLIDO | NOMBRE | NOMBRE  | NOMBRE  | COMPENSADO |        |           |      |
| CC             | 1012395956 | URREA    | CARRILLO | LEIDY  | JOHANNA | 2020-08 | FAMISANAR  | E.P.S. | COTIZANTE |      |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC        | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN %       |
|------------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

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

| TIPO                  | NÚMERO             | DATOS DEL APORTANTE             |                              |              |                       |  | CORREO | EXOMERADO PAGO<br>PATRONALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------------|--|--------|-----------------------------------------|
|                       |                    | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN                    | TÉLEFONO     | CUIDAD / MUNICIPIO    |  |        |                                         |
| CC                    | 1012369566         | LEYDI JOHANNA URREA<br>CARRILLO | CR 771 BIS NO 68 B 36<br>SUR | 4720242      | MILAD1193@HOTMAIL.COM |  |        |                                         |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL              | CÓDIGO                       | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO    |  |        |                                         |
| UNICA                 | I - Independiente  |                                 |                              | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.          |  |        |                                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                  |                             |                    |               |
|----------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECCHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      | PERIODO SALUD                         |                  |                             |                    | EMPLADOS      |
|                      | 2020-08                               |                  |                             |                    | 1             |
|                      |                                       |                  |                             |                    | 0             |
|                      |                                       |                  |                             |                    | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                       |                  |                             |                    | \$289.300     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| Código EPS | Nombre       | NIT         | Cobertura Obligatoria |
|------------|--------------|-------------|-----------------------|
| EPS017     | Emisoras EPS | 999999999-9 |                       |

| TOTALES SALUD |              |              |                        |               |                  |       |                     |       |           |                          |                   |               |               |
|---------------|--------------|--------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre       | NIT          | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |              |              |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| EPS-017       | Famsanar EPS | 8300003564-7 | 109.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                        | 0                 | 109.800       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |         |            |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                       |                |               |               |
|-----------------|---------|------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre  | NIT        | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Pension | 80022480-8 | 140.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0                     |                | 140.500       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RESCOS LABORALES |          |             |             |                       |           |                      |                     |                     |                   |               |               |
|--------------------------|----------|-------------|-------------|-----------------------|-----------|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL               | Nombre   | Cotización  |             | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cobración | Subtotal Cotización | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                          |          | NIT         | Obligatorio |                       |           |                      |                     |                     |                   |               |               |
| 14-11                    | ARL SURA | 890903790-5 | 21.400      | 21.400                | 0         | 0                    | 21.400              |                     | 214               | 21.400        | 4             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |             |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre      | NT          | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22         | Colaborados | 880007335-1 | 17 600       | 0         | 0                 | 17 600        | 4             |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA:**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradores Reportados | Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 109,800                             | 109,800        |
| Pensión                | 1                              | 140,500                             | 140,500        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 21,400                              | 21,400         |
| CCF                    | 1                              | 17,600                              | 17,600         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>289,300</b>                      | <b>289,300</b> |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         | CANTIDAD        |           |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSIÓN) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMENSIÓN) | NÚMERO PLANILLA | UNES      |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1         |
|                      |                                  |               |                         |                 | 0         |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 |           |
| 2020-08              | 2021-08                          | 1             | 01/08/2020              | 45915876        |           |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                         |                 | \$289.300 |

A vertical strip of five geometric shapes: a semi-circle, a triangle, a square, a triangle, and a semi-circle.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LEIDY JHOHANA URREA CARRILLO**

**C.C. 1.012.395.956 DE BOGOTÁ**

La suma de un millón quinientos ochenta mil cuatrocientos ochenta y nueve m/cte. \$ 1.580.489, por concepto de: prestación de servicios como 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 de consulta externa, durante el periodo de 01 de septiembre al 30 septiembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3103 /2020

*LEIDY JOHANNA URREA*

**LEIDY JHOHANA URREA CARRILLO**

**C.C. 1012395956 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 468200115334**



**SEGUIMIENTO**

LEIDY JOHANNA URREA CARRILLO

CONTRATISTA

PERIODO

01/09/2020 AL 31/08/2020

01/09/2020 AL 10/09/2020

| OBLIGACIONES             | FACTURACION GENERADA | VALOR FACTURA GENERADA | FACTURACION ENTREGADA | VALOR FACTURACION ENTREGADA | FACTURACION PENDIENTE POR ENTREGADA | VALOR FACTURACION PENDIENTE POR ENTREGADA | VALOR ANULACIONES | ANULACION REEMPLAZO | VALOR ANULACION SIN REEMPLAZO | ANULACION REEMPLAZADA | VALOR ANULACION REEMPLAZADA | ANULACION TOTAL | INGRESOS | PAGARES | FACTURACION MANUAL | INICIO TARDIO DE ACTIVIDADES |
|--------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------|----------|---------|--------------------|------------------------------|
| 01/09/2020 AL 31/08/2020 | 2018                 | \$ 13.542.202          | 0                     | 0                           | 0                                   | 0                                         | 28550             | 0                   | 0                             | 0                     | 0                           | 0               | 0        | 0       | 0                  | NO                           |
| 01/09/2020 AL 10/09/2020 | 980                  | \$ 5.874.352           | 1                     | 2480                        | 0                                   | 0                                         | 18320             | 0                   | 0                             | 0                     | 0                           | 0               | 0        | 0       | 0                  | NO                           |
| TOTAL                    | 3068                 | \$ 20.416.554          | 0                     | 0                           | 0                                   | 0                                         | 0                 | 0                   | 0                             | 0                     | 0                           | 0               | 0        | 0       | 0                  | NO                           |

|                                                   |   |    |
|---------------------------------------------------|---|----|
| Facturas Pendientes de Noviembre y Diciembre 2018 | 0 | \$ |
| Facturas Pendientes de Enero y Febrero 2019       | 0 | \$ |
| Facturas Pendientes de Marzo 2019                 | 0 | \$ |

Facturas en estado enviado del mes actual

Total Facturas Pendientes

- \$

Año 2018 \$ - Año 2019 \$ - Año 2019 \$

|                                                                                                                                           |   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de | 0 | \$ |
| Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de | 0 | \$ |
| Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de | 0 | \$ |

Total Anuladas sin Reemplazo

Año 2018 \$ - Año 2019 \$

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

Total Ingresos Abiertos

Año 2018 \$ - Año 2019 \$

Verificado Por: (Nombre y firma) Facturación (Seguimiento) Ingresos Abiertos y Anulación de Facturas Anuladas: Referente Unidad:

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:

LEIDY JOHANNA URREA

(Firma Contratista) (Contratista)





Autenticar el contrato

UTC -5 12:46:36

leidy johanna u...



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda ?

1 Información general

Cancelar

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

7 Ejecución del Contrato

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

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción     | Nombre del archivo | Cargado por                 |
|--------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | MAYO2020.pdf    | MAYO2020.pdf       | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO2020.pdf   | JUNIO2020.pdf      | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | julio2020.pdf   | julio2020.pdf      | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | AGOSTO 2020.pdf | AGOSTO 2020.pdf    | Proveedor Descargar Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

