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:	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.019.082.457							
CORREO ELECTRONICO:	paulinaleal0508@hotmail.com				CELULAR:	3005423444							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD DEL SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACIÓN PAC				SEDE:	PUENTE ARANDA SU40							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40R23	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570472970053790					PENSIONADO	No						

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3138-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7			
NÚMERO DE CDP	1050	FECHA	22/07/2020	NUMERO CRP	31076	FECHA	31/07/2020			
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 SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.560.489									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$11.063.423
VALOR EJECUTADO	$11.063.423
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.560.489
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 <u>mínimo</u> 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 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
74733691	$877.803,00	$109.800	$140.500	1	$21.400	$271.700

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION									Sede: PUENTE ARANDA		
No. DE CONTRATO:	3138-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	8	2.020		31	8	2.020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL		C. C.	1.019.082.457			DE	BOGOTA				

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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas oficiales de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.), Aseguradoras comprobación de pólizas, aplicativo de las bases poblacionales asignadas,confirmando la entidad resposable de pago para el procedimiento de admisión o	CUMPLE	Realizar verificación de derechos en las páginas de ADRES (BDUA y compensados). Comprobador de derechos DNP. Paginas WEB y otras entidades.	Se realizo verificación determinando el aseguramiento de los usuarios en las paginas ADRES, BDUA, DNP y de otras
2. Consultar ,verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención, así como la facturación de las mismas conforme a la resolución 412 de 2000 o la normatividad vigente, gestionando la demanda inducida al atender al usuario en coordinación con el equipo de PyD de la Subred.	CUMPLE	realizar o verificar la admision aplicando (nombres y apellidos ,documento de identidad direccion y telefono fecha de nacimiento sexo, grado de escolaridad,ocupacion) en areas para garantizar registro confiable.	Se verifico admisiones aplicando los ocho correctos
3. Verificar y actualizar datos del paciente aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en la admisión, asignación de citas y facturación.	CUMPLE	verificar y garantizar el cargue los medicamentos de lsos ervicios de urgencias y consulta externa , de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial en el soporte clinico .	Se verifico carge de medicamentos consulta externa y urgencias de acuerdo a lo ordenado.
4. Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades de la Subred preguntando para cuando requiere la cita o los datos definidos en las acciones para cumplimiento de la Resolución 1552 de 2015 la norma que la modifique o los planes de	CUMPLE	facturar adecuadamente la totalidad de los servicios prestados, adjuntando los soportes necsarios por administradora y convenio .	Se facturo adecuadamente y en su totalidad los servicios prestados .
5. Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridos por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación e informar al paciente si para la cita se requiere generar autorizacion o realizar la solicitud por pagina web de la EPS conforme a los contratos suscritos por la Subred con las ERP (como EPS´S	CUMPLE	realiza escaneo de documentos de los usuarios como soporte de la atencion.	Se realizo escaner de los documentos necesarios de los usuarios .
6. Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario. (realiza entrega de factura fisica, recibo de caja al paciente y solicitar firma para la factura soporte).	CUMPLE	llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestion consecucion,solicitud, verificacion,de autorizaciones tanto de servicios prestados y/o facturados de los usuarios urgenciados	Se hicieron los procedimientos para la gestion consecusion ,solicitud verificacion de autorizaciones.
7. Realizar el cierre de caja en cada entrega de programación diaria, así como la verificacion de la base de caja y la actividad de conteo cuando esta sea asignada para entrega a la transportadora o a quien designe tesorería, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado o pagares (autorizados) para el	CUMPLE	dejar evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de autorizacion y asi mismo diligenciar de manera clara	Se deja evidenciada de todos los soportes necesarios para los procesos de autorizacion.
8. Realizar el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en cumplimiento a la normatividad vigente.	CUMPLE	brindar informacion clara y oportuna a los asuarios en realcion con los tramites ante las diferentes entidades responsabilidades de pago (E. A. P . B.)	Se brinda informacion clara y oportuna a los usuarios en relacion con los tramites .
9. Realizar la entrega diaria de las facturas garantizando la entrega de las mismas durante el mes de ejecución de actividades, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, según la Resolución 3047/2008 Anexo técnico 5 y el Decreto 056 de 2016 (Accidentes de Tránsito - ECAT, FURIPS Y FUTRANS) la norma que lo modifique, la matriz y modalidades de contratación vigentes en la Subred; efectuando el seguimiento y control articulado con el analista o técnico con registro la entrega semanal y mensual en la libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro.	CUMPLE	hacer diaramente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido,realizando entrega del dinero recaudado al area de tesoreria para el respectivo registro.	Se realiza el cierre de caja siguiendo el procedimiento establecido, entregando el dinero a recaudo.
10. Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas a los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si se identifica causa justificada. El control de registros de ingresos abiertos por mes debe ser igual a cero 0, si se presenta debe ser por causa justificada validada por el referente de la Unidad. El control de esta actividad debe registrarse semanal y mensual en la libreta de actividades o herramienta definida que es soporte para la certificación de cumplimiento	CUMPLE	realiza entrega de turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros pendientes por facturar (por escrito)para evidencia de la actividad.	Se entrega el turno diario con las novedades pendientes por solucionar incluyendo registros pendientes por facturar.
11. Responder oportunamente las solicitudes realizadas y asignadas por el área de Facturación en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a la radicación de cuentas o a las diferentes objeciones por devolución y glosas formuladas por las ERP.	CUMPLE	hacer la entrega diaria del total de las facturas, genradas por las diferentes modalidades de facturacion FFDS PGP EVENTO adjuntando los soportes administrativos y requeridas .	Se entrega el total de las facturas generadas por las diferentes modalidades de facturacion FFDS PGP EVENTO con los soportes admimnistrativos y asistenciales .
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	garantizar que el ultimo dia del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas durante el periodo, realizando el control y registro de la entrega a los analisis.	se verifica el ultimo dia del mes que todas las facturas que hallan sido entregadas .
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	realizar el seguimiento de los ingresos abiertos y asi mismo generar el soporte y facturacion de los mismos.	se realiza seguimiento de los ingresos abiertos de igual manera se genera el soporte y la facturacion.
14. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros)	CUMPLE	realizar la correcion de las facturas devueltas por los tecnicos de manera oportuna, en un plazo maximo 12 horasy por autorizacion24 horas posterior a la devolucion de la factura especialmente los que se realicen el ultimo dia del mes deeb garantizar correciones.	se realiza la correcion de las facturas devueltas por los tecnicos de manera oportuna.
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	solicitar la anulacion de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E garantizando la oportuna correcion de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo.	se solicita la anulacion de las facturas con los procedimientos y registros implementados por al subred.
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	asistir participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalezer el conocimiento de la subred proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos.	asisti, participe y realice las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la subred procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos.
17. 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 para la certificación de pagos	CUMPLE	realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a traves de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestion de actividades para la certificacion de pagos.	Se realiza seguimiento de los ingresos abiertos de igual manera se genera el soporte y la facturacion.
18. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	realizar la adecuada presentacion de cuentas con los soportes requeridos por la subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestionen la elaboracion y presentacion de los mismos para lograr la certificacion de actividades.	Se realiza la adecuada presentacion de cuentas con los soportes requeridos por la subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestion.
19. 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.		responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el area de facturacion y	se respondio oportunamente las solicitudes realizadas desde

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

20. 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	Realiza actividades definidas en planes de mejoramiento acion y ontrol	si respondio con las actiiviades asignadas
21. 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	Presentacion adecuada, trabajo en equipo y mejorando las PQR	Presentacion personal adecuada al ambiente laboral buenas habilidades comunicativas y desarrollo en trabajo en equipo
22. 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	Cumplir con la programacion realizada para dar una respuesta oprotuna antes las actividdes asiganadas por al subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E .	Se cumplieron con los procesos y procedimientos establecidos por la subred integrado
23. 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	Atiende las no confirmadades como plan y oprotunidad de mejora ante un seguminetо del jefe inmediato.	Se cumplio el seguimiento de mejora.
24. 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) *Dentro de mis funciones tambien se realiza gestion soportando autorizacion y verificacion de comprobadores, anexando soportes faltantes a las facturas que llegan a diario a UPA 11 .	CUMPLE	Se realiza la consecucion de soportes que se requieren para dar una respuesta oportuna a las unidades y areas correspondientes.	Responde oportunamente las solicitudes requeridas por el area.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,580,489 (Un Millon quinientos ochenta mil cuatrocientos ochenta y nueve Pesos)

Fecha : 30/06/2020 Firma de recibido supervisor:

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

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	1019082457	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL	KR 90 A	3195899864	PAULINALEAL0508@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I	14/08/2020	44733691	$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

APORTES 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

APORTES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	[illegible]	[illegible]940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

APORTES 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	[illegible] SURA	8[illegible]90-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

APORTES CCF

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

OTROS APORTES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aportes de IGE, 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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

PAGADA

44733691

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	1019082457	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL	KR 90 A	3195899864	L.0508@HOTMAIL.COM	NO

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

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	
2020-07	2020-07	1	14/08/2020	44733691	$271.700	

DETALLE POR COTIZANTE

No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días	Horas	Ing	Sal	Cot Ext	Res	Sal	Pen	ARL	CCF	SEN	ICBF	ESAP	MEN	Cod. Novedad	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Aportante	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1019082457	HERNANDEZ LEAL PAULA STEFANIA	59	0				N										231001	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS010	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	1019082457
NOMBRES	PAULA STEFANIA
APELLIDOS	HERNANDEZ LEAL
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 SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	18/02/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/19/2020 12:05:54	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 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	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1019082457	HERNADEZ	LEAL	PAULA	ESTEFANIA	2015-02	EPS SURAMERICANA S.A.	COTIZANTE
CC	1019082457	HERNANDEZ	LEAL	PAULA	STEFANIA	2020-06	EPS SURAMERICANA S.A.	COTIZANTE
CC	1019082457	HERNANDEZ	LEAL	PAULA	STEFANIA	2018-05	EPS SURAMERICANA S.A.	BENEFICIARIO
CC	1019082457	PAULA	STEFANIA	HERNANDEZ	LEAL	2015-07	EPS SURAMERICANA S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
EPS SURAMERICANA S.A.	06/2020	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	05/2020	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	04/2020	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	03/2020	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	02/2020	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	01/2020	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	11/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	10/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	09/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	08/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	07/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	06/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	05/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	04/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	03/2019	30	COTIZANTE

CONSULTA AFILIADOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
EPS SURAMERICANA S.A.	01/2019	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2018	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	11/2018	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	10/2018	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	09/2018	11	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	05/2018	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	04/2018	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	03/2018	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	02/2018	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	01/2018	28	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	01/2018	1	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2017	0	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	11/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	10/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	09/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	08/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	07/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	06/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	05/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	04/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	03/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	02/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	01/2017	30	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2016	28	BENEFICIARIO
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2016	1	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	11/2016	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	10/2016	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	09/2016	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	08/2016	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	07/2016	15	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	04/2016	5	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	03/2016	17	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	02/2016	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	01/2016	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	12/2015	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	11/2015	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	10/2015	30	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	09/2015	18	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	08/2015	3	COTIZANTE
EPS SURAMERICANA S.A.	07/2015	30	COTIZANTE

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL .pdf	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL julio.pdf	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL

C.C 1019082457 DE Bogotá

La suma de Un millón quinientos ochenta mil cuatrocientos ochenta y nueva m/cte ($1.580.489), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO SECOP, durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2020. De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3138-2020

PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL

C.C 1019082457 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570472970053790