

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.		NO.		52881334			
CORREO ELECTRONICO:		claudiamilena411@hotmail.com				CELULAR:		3185031599			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS PABLO VI BO'3A					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		FACTURACION				SEDE:		PORVENIR			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		PA34R23	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		7590274218						PENSIONADO		NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3147_2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9 DE 9			
NÚMERO DE CDP		1388	FECHA	28/09/2020	NÚMERO DE CRP	42124	FECHA	30/09/2020	
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	10	2020		31	10	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.580.489							
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA		\$0			

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$14.224.401
VALOR EJECUTADO	\$14.224.401
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 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45574820	\$877.803	\$109.725	\$140.449	3	\$21.383	\$271.557

Dado en Bogotá a los treinta y un (31) días del mes de OCTUBRE del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA MILENA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
10. Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas al servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si se identifica causal justificada. El control de ingresos abiertos por mes debe ser generado el día 10, y la presentación debe ser por causal justificada, validada por el referente de la Unidad. El control de esta actividad debe registrarse en la bitácora de actividades o herramienta definida que se soporte para la certificación de cumplimiento de actividades en la cuenta de cobro.	CUMPLE	Generar las facturas cuando se realice la respectiva anotación con el fin de mitigar los ingresos abiertos generados por las mismas	Estar pendientes del libro de anotación de facturas para poder reducir y no incrementar el número de ingresos abiertos
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	Por respuesta oportuna a las glosas o soportes requeridos por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio	Se realizó la respectiva respuesta al área de facturación y glosas entregando los soportes requeridos en los tiempos estipulados por la subred sur occidente.
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 las correcciones pertinentes reportadas por el área de facturación oportunamente en el tiempo establecido, que estén en el mes de la generación de la factura.	Se realizó y se entregó las correcciones pertinentes reportadas por el revisor oportunamente en el tiempo establecido, garantizando que estén en el mes de la prestación del servicio
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 área de facturación oportunamente en el tiempo establecido, que estén en el mes de la generación de la factura.	Se realizó y se entregó las correcciones pertinentes reportadas por el revisor oportunamente en el tiempo establecido, garantizando que estén en el mes de la prestación del servicio
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, rendición, 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, rendición 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, rendición 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 Bitácora 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 cuantía de actividades y dando respuesta a los reportes enviados de seguimiento por parte del área de facturación.	Se realiza seguimiento semanal al cual se diligencian en el cuadro de actividades diligenciado para tal fin, donde se registra la facturación generada, la trazabilidad de las mismas, los registros abiertos y la radicación
16. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la bitácora de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocertificación y autoaprobación 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 el contrato vigente para la certificación de actividades contractuales.	Se realiza entrega de las cuentas de cobro de acuerdo al cronograma estipulado mensualmente, con los soportes necesarios para certificación de actividades cumplidas
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 cumple 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 actúa plan de contingencia después de 5 minutos por falla del sistema o fallas eléctricas	Se actúa el Plan de contingencia para dar continuidad a la prestación del servicio
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 mejor formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la bitácora del proceso, entre otros.	CUMPLE	Cumplir con el manual de servicios brindando al usuario una atención humanizada y de calidad	Responder por las necesidades de los usuarios prestando una atención segura, humanizada y de calidad
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	Portar el uniforme adecuadamente, tener una comunicación efectiva y humanizada con los usuarios y compañeros de trabajo, de esta forma mitigar las quejas y reclamos	Se porta el uniforme adecuadamente, el cabello recogido y se mantiene un buen ambiente laboral y buen trato hacia los usuarios
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 Subred Integrada de Servicios de Salud asignada, donde la facturación de servicios y asignación de citas iniciará mínimo 30 minutos previos al inicio de la atención, así como se cumpla con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOF.	CUMPLE	Hay una persona encargada de la apertura del centro 30 minutos antes para realizar la radicación de los servicios	Una persona designada del centro se encuentra encargada de pagar 30 minutos antes de la apertura para realizar la respectiva facturación de las consultas
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	Generar los cambios pertinentes cuando sea necesario, comunicando oportunamente el desarrollo de las actividades	Captar las observaciones brindadas por el referente de la unidad para una mejora continua
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 por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B)	CUMPLE	Se realiza la respectiva respuesta al área de facturación y glosas entregando los soportes requeridos en los tiempos estipulados por la subred sur occidente.	Se realiza la entrega oportuna de los soportes requeridos por el área de glosas y facturación cuando son requeridos
OBSERVACIONES:			
<p>TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1'580.489 M.C.T.E. UN MILLÓN QUINIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS</p> <p>CLAUDIA MELISA HERNANDEZ CASTELLANOS C.C.5234134 DE BOGOTÁ</p> <p>Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.</p> <p>Nombre y firma del supervisor: SANDRA ALBA TORRES HERNANDEZ</p>			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52881334	CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS	CRA 88 C 54 D 87 SUR	3185031599	claudiamilena411@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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	1	07/10/2020	45574820	\$289.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	109.800	0

TOTALES PENSION				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140.500	0

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
14-11	ARL SURA	890903730-5	21.400	0

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.600	0

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

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	109.800	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600	17.600
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300	289.300

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UNC
2020-09	2020-09	1	07/10/2020	45574820	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$289.300

[illegible]

INFORMACIÓN CONTANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSION			SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Celular	Subtipo	Extranjero	Colabor. anterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	ET	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	NI	CORRECCIÓN			Cód. AFP	IBC AFP	Colaboración o Afiliado	Volumen Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsidios	Cód. EPS	IBC EPS	Colaboración/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clima de Riesgo	Colaboración CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros permisos	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aportes MEN		
1	CC	5283134	HERNANDEZ CASTELLANOS CALDIA MILIAN		59	0			N																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	0	EPS017	877.803	108.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF22	877.803	17.500	0	0	0	0	0

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	52881334
NOMBRES	CLAUDIA MILENA
APELLIDOS	HERNANDEZ CASTELLANOS
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/*
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

*Eleana Barona
13-oct-2020*

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	02/10/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 10/11/2020 10:58:47 | 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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
CC	52881334	HERNANDEZ	CASTELLANOS	CLAUDIA	MILENA	2017-06	FAMISANAR E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	52881334	HERNANDEZ	CASTELLANOS	CLAUDIA	MILENA	2020-08	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

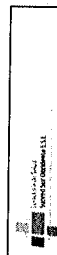
INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

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
1 2 3 4 5 6 7 8				79 Registros en 8 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver a Consultar](#)
[Descargar](#)



Contratación Pública
Sistema de Contratación Pública

CONTRATISTA
PERIODO

CLAUDIA MELENA HERNANDEZ CASTELLANOS

01/09/2020 AL 09/10/2020

SEGUIMIENTO

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

OBLIGACIONES	FACTURACION GENERADA	VALOR FACTURA GENERADA	FACTURACION ENTREGADA EVENTO	VALOR FACTURACION ENTREGADA EVENTO	FACTURACION PENDIENTE POR ENTREGADA EVENTO	VALOR FACTURACION PENDIENTE POR ENTREGADA EVENTO	ANULACIONES	VALOR ANULACIONES	ANULACION SIN REEMPLAZO	VALOR ANULACION SIN REEMPLAZO	ANULACION REEMPLAZADA	VALOR ANULACION REEMPLAZADA	ANULACION TOTAL	INGRESOS	PAGARES	FACTURACION MANUAL	PCR	INICIO TARDIO DE ACTIVIDADES
01/09/2020 AL 30/09/2020	1123	\$ 55,954,608	48	\$ 3,346,400	0	\$ 0	15	\$ 511,400	10	\$ 309,300	\$ 0	\$ 40,420	15	0	0	0		NO
02/10/2020 AL 09/10/2020	293	\$ 16,632,302	25	\$ 462,500	0	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0	0	0	0		NO
TOTAL	1416	\$ 72,587,110	111	\$ 2,408,900	0	\$ 0	15	\$ 511,400	10	\$ 309,300	\$ 0	\$ 40,420	15	0	0	0		NO

Facturas Pendientes de Junio y Julio 2020	0	\$
Facturas Pendientes de Agosto y Septiembre 2020	0	\$
Facturas Pendientes de Octubre 2020	0	\$

Facturas en estado anulado del mes actual

Total Facturas Pendientes	-	\$
Año 2018	-	\$
Año 2019	0	\$

Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Junio y Julio 2020	0	\$
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Agosto y Septiembre 2020	0	\$
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de Octubre 2020	0	\$

Total Anuladas sin Reemplazo

Año 2018	-	\$
Año 2019	0	\$

Ingresos Abiertos Pendientes de Junio y Julio 2020	0	\$
Ingresos Abiertos Pendientes de Agosto y Septiembre 2020	0	\$
Ingresos Abiertos Pendientes de Octubre 2020	0	\$

Total Ingresos Abiertos

Año 2018	-	\$
Año 2019	0	\$

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

Tipo de soporte pendiente y Observaciones:

Firma Colaborador: (Contratista)

[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS
C.C 52881334 DE BOGOTÁ

La suma de un millón quinientos ochenta mil cuatrocientos ochenta y nueve pesos 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 como Facturador de Consulta externa durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3147-2020



CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS

C.C. 52881334 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590274218