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:	YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1005680414						
CORREO ELECTRONICO:	yurley-cesar@hotmail.com				CELULAR:	3225717736						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	PUENTE ARANDA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU40R23	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300807026								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3208-2020			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1725	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53787	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$2.021.422									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.639.926
VALOR EJECUTADO	$22.235.642
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.021.422
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$404.284
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
47032293	$877.803,00	$109.725	$140.449	3	$21.383	**$271.557**

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

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS
APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	**FACTURACION**			**Sede: SU40**							
No. DE CONTRATO:	**3208-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	**12**	**2.020**		**31**	**12**	**2.020**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS**		**C. C.**	**1.005.680.414**		**DE**	**SAN MARCOS(S)**		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar diariamente la revision, seguimiento y soporte de facturas en sistema de informacion Dinamica de la subred,correspondientes a los servicios prestados.	CUMPLE	Se Realizó diariamente la revision, seguimiento y soporte de facturas en sistema de informacion Dinamica de la subred,correspondientes a los servicios prestados.	Se entregó anexo 4 capital salud a la referente encargada realizando el soporte y seguimiento correspondiente a los servicios prestados urgencias tipologia.
2. Consultar en comprobador de derecho como en la plataforma de Capital Salud el NAP y base poblacional generado VS factura, asi mismo verificar las tarifas de acuerdo a las tipologias y/o contratación con la EAPB Capital Salud, para alimentar la base de producción o herramienta (para captura de información del anexo 4 Capital salud), diariamente de acuerdo a la facturación generada Vs facturación entregada.	CUMPLE	Se Consultó en comprobador de derecho como en la plataforma de Capital Salud el NAP y base poblacional generado VS factura, asi mismo verificar las tarifas de acuerdo a las tipologias y/o contratación con la EAPB Capital Salud, para alimentar la base de producción o herramienta (para captura de información del anexo 4 Capital salud), diariamente de acuerdo a la facturación generada Vs facturación entregada.	Se revisa en comprobador de derechos,pagina capital salud, base poblacional generado vs factura verificando aseguramineto del usuario asi mismo se verifica las tarifas de acuerdo a las tipologias y/o contratación con la EAPB Capital Salud, para alimentar la base de producción o herramienta (para captura de información del anexo 4 Capital salud).
3. Enviar con la periodicida definida las tipologias verificadas correspondiente al anexo 4 de Capital Salud (revisión auditoria previa) y/o con las observaciones para realizar el seguimiento, soporte, anulación y/o corrección que haya lugar.	CUMPLE	Se Envió periodicamente las tipologias verificadas correspondiente al anexo 4 de Capital Salud (revisión auditoria previa) y/o con las observaciones para realizar el seguimiento, soporte, anulación y/o corrección que haya lugar.	Se reportó via e-mail al refente encargado el anexo 4 de capital salud previa auditoria con las observaciones correspondiente a cada tipologia.
4. Realizar la relación causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al Técnico y/o referente de la Unidad que corresponda, tanto en físico como a través del sistema de información si este lo tiene implementado, correo electrónico y relación firmada, garantizando la oportunidad en las correciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente.	CUMPLE	Se Realizó la relación causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al Técnico y/o referente de la Unidad que corresponda, tanto en físico como a través del sistema de información si este lo tiene implementado, correo electrónico y relación firmada, garantizando la oportunidad en las correciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente.	Se realizó seguimiento de la factura reportada con inconsistencias al referente de cada unidad verificando la corrección oportuna de la misma.
5. Solicitar al Referente en la Unidad correspondiente la anulación de facturas que presenten inconsistencia, con seguimiento y referencia al facturador para que este último reporte la factura con inconsistencia para anulación , realizando seguimiento de la correccion y factura remplazo, asi como el registro o verificación del mismo en el libro de anulación de facturas, controlando el remplazo o refacturación con un plazo no mayor a 24 horas y especialmente los que se realicen el último dia del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la prestación del servicio. (si el facturador no se encuentra lo debe realizar para contribuir a la oportunidad de la radicación).	CUMPLE	Se reporto al refente capital salud la anulación de facturas que presenten inconsistencia, con seguimiento y referencia al facturador para que este último reporte la factura con inconsistencia para anulación , realizando seguimiento de la correccion y factura remplazo, asi como el registro o verificación del mismo en el libro de anulación de facturas, controlando el remplazo o refacturación con un plazo no mayor a 24 horas y especialmente los que se realicen el último dia del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la prestación del servicio. (si el facturador no se encuentra lo debe realizar para contribuir a la oportunidad de la radicación).	Se reportó via e-mail al refente encargado las inconsistencias encontradas como cambio de pagador, cambio plan de beneficios, entre otras para la anulacion de la factura y se realizó seguimiento de la misma garantizando la correción oportuna.
6. Consolidar el anexo mensual de Capital Salud para el armado de cuenta, Soportar cada una de la tipologias descargando los soportes en PDF del sistema de informacion Dinámica o acorde a lo definido en los anexos técnicos del contrato de la EAPB con la Subred.	CUMPLE	Se Soportó cada una de la tipologias descargando los soportes en PDF del sistema de informacion Dinámica o acorde a lo definido en los anexos técnicos del contrato de la EAPB con la Subred.	Se descargó del sistema de informacion dinamica gerencial cada uno de los soportes de acuerdo al anexo 4 capital salud.
7. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal o con la periocidad que se solicite de la facturación pendiente por anular y corregir , identificando los los motivos de la misma, realizando una consolidacion mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera parte de los soportes de la ejecución de las actividades.	CUMPLE	Se reporto al refente de capital salud, informe con la periocidad de la facturación pendiente por anular y corregir , identificando los los motivos de la misma, realizando una consolidacion mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera parte de los soportes de la ejecución de las actividades.	Se realizó la consolidación semanal del informe de las facturas pendientes por anular y corregir previa a verificacion del anexo 4 capital salud los hallazgos que se consideró pertinente de la ejecución de las actividades.
8. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación, devoluciones 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) especialmente Capital Salud modalidad de contratación PGP.	CUMPLE	En el momento que se presente dicha solicitud se dara respuesta 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) especialmente Capital Salud modalidad de contratación PGP.	Se envia por E-mail los soportes y respuesta correspondientes a las devoluciones realizadas por el area de la entidad que lo requiera.

9. 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	Se realizó 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.	Se ejecutó de acuerdo a la libreta de actividades generando informe mensual de cada una de las actividades contractuales.
10. Realizar la revista y apoyo administrativo acorde con la programación de fin de semana y designada por el referente de la Unidad o Líder de la Subred.	CUMPLE	Se realiza apoyo administrativo de acuerdo a la programación.	Se cumple con las solicitudes realizadas por parte de los facturadores programados , como bloqueo de ingresos, anulacion de facturas entre otros en diferentes areas del servicio que lo requiere.
11. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso 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 acciones de mejoramiento realizadas por la líder de facturación de acuerdo a la necesidad del servicio.	Se registra cumplimiento de dicha acción mediante actas.
12. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.	CUMPLE	Se realiza las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.	se realiza apoyo de acuerdo a la necesidad del servicio asignado, garantizando las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.
13. Realizar gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación.	CUMPLE	Se realizó gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación.	Se soporta en la investigacion del suceso y ejecucion de plan de mejora, registrados en los formatos establecidos por la institución.
14. 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 realizó 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.	Se realiza planes de contigencias de acuerdo a las solicitudes del líder del proceso de facturación.
15. 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 realizó 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.	Se verifica cada items de la cuenta de cobro garantizando el buen diligenciamiento de la misma.
16. 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, equipo de trabajo o supervisor del contrato.	CUMPLE	Se aplica las acciones de mejoras de acuerdo a las no conformidades que se me 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, equipo de trabajo o supervisor del contrato.	Se registra cumplimiento de dicha acción mediante actas.
17. 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	Se mantuvo una adecuada presentación personal en el desarrollo de mis actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario y la referente de la cuenta.	Se cumple dicha actividad asistiendo al lugar de trabajo con una adecuada presentación personal, buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.021.422 DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS CONTRATISTA:

SANDRA JINET TAFUR HERNNADEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL 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	1005680414	YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS	CLL 128 A # 121 C – 09	6904300	YURLEY-CESAR@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	
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47032293	$289.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	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
TOTALES	4	289.300	289.300

0322

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	1005680414	YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS	CLL 128 A # 121 C – 09	6904300	YURLEY-CESAR@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47032293	$289.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1005680414	ALVAREZ HOYOS YURLEY MARIA	59	0			N																	231001	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	17.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS
Periodo:	NOVIEMBRE-2020

Semana/Actividades	TIPOLOGIAS ENVIADAS EN EL ANEXO SEMANAL	No. TIPOLOGIAS URGENCIAS TRABAJADAS	No. TIPOLOGIAS URGENCIAS TRABAJADAS 2	No. TIPOLOGIAS EGRESOS Y QX TRABAJADAS 2	No. TIPOLOGIAS SOPORTES GLOSAS MESES ANTERIORES	TOTAL PDF TIPOLOGIAS MES	N° DE FACTURAS DUPLICADAS	N° FACTURAS ANULADAS U OTRO MOTIVO	N° DE REINGRESO
Semana 1	57	0	0	36	0	36	18	3	0
Semana 2	390	0	0	290	0	290	47	53	0
Semana 3	324	0	0	237	0	217	31	76	0
Semana 4	800	0	0	450	0	567	165	163	0
TOTAL	1571	0	0	1013	0	1110	261	295	0
Verificado Por: (Nombre y firma)	Central de Cuentas (Capital)				Facturación (Seguimiento hoja de ruta):				

Empresas	No. TIPOLOGIAS TRABAJADAS EN EL ANEXO -2	No. TIPOLOGIAS ENVIADAS EN EL ANEXO MENSUAL	No. FACTURAS CON OBSERVACIONES DUPLICADAS	No. FACTURAS CON OBSERVACIONES PARA ANULAR U OTROS MOTIVOS	No. FACTURAS CON REMPLAZO Y CORRECCION
CAPITAL SALUD	1013	1571	261	295	0

Facturadores a cargo	Servicio(s) a Cargo	Observaciones
0	CUENTA CAPITAL SALUD	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	Realice apoyo adicional a la consolidación de todos los pdf de egresos,quirurgicos y uci del periodo NOVIEMBRE 2020.

Firma Colaborador (Contratista)

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 AFILIACIÓN
CC	1005680414	ALVAREZ	HOYOS	YURLEY	MARIA	2020-10	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COMPENSAR E.P.S	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 58 Registros en 6 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

ADRES

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	1005680414
NOMBRES	YURLEY MARIA
APELLIDOS	ALVAREZ HOYOS
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/01/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/10/2020 14:27:51	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

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? SI 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		
☐	MAYO 2020.pdf	MAYO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2020.pdf	JUNIO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 2020.pdf	JULIO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 2020.pdf	AGOSTO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 2020.pdf	SEPTIEMBRE 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-2020.pdf	OCTUBRE-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE 2020.pdf	NOVIEMBRE 2020.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

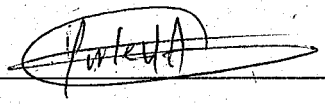
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS

C.C 1.005.680.414 DE SAN MARCOS (S)

La suma de $2.021.422 (Dos millones veintiún mil cuatrocientos veintidós pesos m/cte.), por concepto de: 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. como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3208 – 2020.



YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS

C.C 1.005.680.414

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 7300807026