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 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENNY PAOLA MAYNE ROBLES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52756179						
CORREO ELECTRONICO:	paolamaine7@gmail.com				CELULAR:	3132088217						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Facturacion				SEDE:	TRINIDAD GALAN						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU41R23	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	123227209								PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3418-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8			
NÚMERO DE CDP	1243	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	36594	FECHA	30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.717.922									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.743.376
VALOR EJECUTADO	$13.743.376
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.717.922
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2,194,508, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8608552090	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos mil veinte 2020. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yenny Mayne
YENNY PAOLA MAYNE ROBLES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	FACTURACIÓN		Sede: CAPS TRINIDAD GALAN						
No. DE CONTRATO:	3418-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENNY PAOLA MAYNE ROBLES	C. C.	52.756.179	DE	BOGOTA				

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. Apoyo Administrativo Facturador Urgencias II.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas 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 y la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E,S.E, determinando el aseguramiento, identificando la ERP, para el registro de los usuarios en la admisión o al realizar la validación en la liquidación y verificación para generar las facturas en el Sistema de Información.	CUMPLE	Realice la respectiva verificación mediante las bases mencionadas para facturar la cuenta a la entidad correcta.	Entrego facturas con el respectivo soporte de comprobadores.
2. Realizar y/o verificar la admisión para el ingreso del usuario o para la generación de las facturas aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia) en aras de garantizar un registro con calidad, oportunidad confiable acorde con la normatividad para la adecuada generación de las facturas.	CUMPLE	Realice la admisión aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable.	Realizo la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable
3. Realizar o verificar el reporte de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS, acorde con la unidad que se asigne y en la admisión o generación de factura.	CUMPLE	Realice el ingreso de la atención de usuarios por accidente de tránsito en el aplicativo SIRAS.	Realizo verificación del ingreso de pacientes por Accidente de transito en el aplicativo SIRAS,
4. Realizar o verificar el escaneo de documentos y pantallazos de verificación de derechos de los usuarios al efectuar la admisión o liquidación y generación de facturas como soporte de la actividad y acorde con la Unidad asignada y en la herramienta sistematizada.	CUMPLE	Realice el escaneo de los documentos de los usuarios para soporte de la atención	Realizo el escaneo de documentos para soportar la factura,
5. Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la gestión, consecución, solicitud, verificación de autorizaciones (de acuerdo a la pertinencia de la actividad o Unidad asignada) para la prestación de los servicios o en la generación de las facturas de los usuarios de los servicios de urgencias, quirúrgicos u hospitalización, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 o las que la modifiquen), dentro de los tiempos establecidos por la norma, en conformidad con la operación de la Subred.	CUMPLE	Realice la verificación de pagadores, solicite al autorizador del servicio los respectivos soportes como envíos, anexos u códigos de plataforma, según la normatividad vigente.	Entrego de facturas soportadas con los respectivos comprobadores y autorizaciones, según normatividad vigente.
6. Asignar las citas prioritarias de acuerdo al triage de los usuarios ingresados al servicio de urgencias, teniendo en cuenta el orden cronológico de disponibilidad de citas en el sistema de información y las unidades asignadas.	CUMPLE	Evidencio las citas prioritarias direccionando al usuario.	Realizo asignación de citas prioritarias de acuerdo al triage teniendo en cuenta la disponibilidad de citas.
7. Realizar los tramites o articular con el equipo de admisiones y autorizaciones las actividades pertinentes y necesaria para que en el sistema de información se efectúe la asignación de cama a cada uno de los usuarios de acuerdo al requerimiento asistencial, traslado de camas de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de cada servicio, así como en los casos de traslado a otra unidad para continuar tratamiento o liberación de cama al egreso del usuario.	CUMPLE	Evidencio la cama asignada al paciente y/o traslado a otro servicio, y unidad que requiera el paciente.	Realizo asignación de cama correspondiente o traslado del paciente según el servicio requerido, y/o traslado a otra unidad para su tratamiento.
8. Verificar o articular con el equipo de admisiones y autorizaciones diariamente el censo en cada uno de los servicios de los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, confirmación de servicios apoyando o realizando la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	CUMPLE	.Evidencio el censo a diario, reportando en la hoja de ruta su pagador y autorizaciones correspondientes.	Realizo el censo a diario, efectuando seguimiento de los pacientes y realizar la actualización de la hoja de ruta.
9. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización o la solicitud de las mismas al equipo de autorizaciones y así mismo diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	CUMPLE	Le informo al autorizador de los procedimientos u exámenes realizados durante la estancia del pcte para ser reportados con su correspondiente soporte como por ejemplo epicirirs, hoja de evolución, informes QX y Ecocardiogramas.	realizo entrega física de soportes anteriormente mencionados al autorizador para su debida autorización
10. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.A.P.B), así como la necesidad de realizar la facturación y copagos de acuerdo a la situación de seguridad social de cada usuario.	CUMPLE	Una vez realizo la verificación del pagador, categoría o nivel le informo al pcte o familiar el monto del copago que debe cancelar; en caso de no tener el dinero se le orienta los medios de pago disponibles en la entidad.	Realizo entrega de prefactura donde se evidencia el valor a cancelar, en caso de que el pcte o familiar tenga autorización de pagare procederemos a generarlo para que en caja terminen su diligenciamiento.
11. Verificar y realizar cargue o confirmación de los servicios prestados a los usuarios que se encuentren en los servicios de urgencias como son: Imagenología, laboratorios, ecografías, Cirugías, etc., de acuerdo a lo ordenado por la parte asistencial evidenciando en el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando los ajustes necesarios teniendo en cuenta el cuadro de contratación vigente, el área de servicio o centro de costo.	CUMPLE	En el momento de realizar la liquidación de la cuenta se revisa los programas de laboratorio y Rx para soportar la cuenta y así realizo los cargues manuales que no se encuentren, para la no anulación por cargues.	Entrego las facturas con los respectivos soportes como: factura de venta, comprobadores, autorizaciones, historia clínica, laboratorios y Rx.

12. Realizar la liquidación de cuentas y generar la facturación de los servicios prestados para cada uno de los usuarios atendidos tanto en urgencias como hospitalación, garantizando los soportes completos de sustento para cada factura de acuerdo al pagador (E.R.P) modalidad de contratación, tipo de aseguramiento y de acuerdo a la clasificación realizar la liquidación correspondiente para el cálculo de copago, cuota de recuperación, los soportes adjuntar en la factura deben ser en el marco de la optimización de recursos.	**CUMPLE**	Genero la facturación al 100 % de los servicios prestados al usuario realizando el respectivo cobro de copagos en los caso que lo amerite.	Genero de facturas al 100 % con la cancelación de los respectivos copagos o soporte de pagares.
13. En las unidades y servicios donde se realiza la facturación integral que incluye el recaudo se debe realizar diariamente el cierre de caja, 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 para el respectivo registro en tesorería, soportado con el reporte generado por el sistema de registro de entrega de la actividad.	**CUMPLE**	genero el reporte de cierre de caja para su respectiva entre del del recaudo diario	Informo el total del cierre de caja y entrega del recaudo a la transportadora
14. Realizar la entrega de actividades de la programación diaria con las novedades pendientes por solucionar incluyendo los registros justificados pendientes por facturar (por escrito) en los instrumentos o libros que se estandaricen para la evidencia de la actividad.	**CUMPLE**	Dejo por escrito en el libro de entrega de turno todas la novedades de las salidas que quedaron pendientes por copago, tramites de autorización o valoración por trabajo social.	Realizo entrega diaria del libro por cada programacion de actividades.
15. 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 y 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**	En los casos que se requiere realizo la creación de pacientes en el programa sies.	verifico en el aplicativo sies la creación de pacientes para su debido tramite.
16. Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas con egreso de los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si tienen 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 de actividades en la cuenta de cobro.	**CUMPLE**	Realizo entrega de la facturacion una vez este totalmente soportada mediante hoja de ruta al analista correspondiente.	Entrego facturacion diaria con la totalidad de soportes para su respectiva revisión.
17. Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones 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 en el mes de la generación de la factura.	**CUMPLE**	Realizo entrega de facturacion generadas durante el mes con sus debidos soportes.	Entrego facturacion al 100 % para el armado de cuentas.
18. Solicitar la anulación 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 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**	Reviso la base que envian al tecnico correspondiente, donde evidencio si corresponde con el facturador o servicio de donde egreso el usuario y de esta manera realizo el cierre	Genero la facturacion correspondiente con el ingreso abierto.
19. Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer el conocimiento de la Subred, proceso, procedimientos en los colaboradores que intervienen en los mismos (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros)	**CUMPLE**	Realizo correción de las facturas anuladas generandolas con las novedades realizadas por el analista.	Realizo el Reemplazo de la factura anulada.
20. Realizar el último día del mes de ejecución de actividades la actividad de cierre para garantizar que la facturación generada, control de ingresos abiertos gestionados con cierre se encuentre con cumplimiento del 100% actividad certificada por el referente.	**CUMPLE**	Asisto a las capacitaciones programadas por la coordinación.	Firmo la asistencia .
21. 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**	Realizo cuadro de seguimiento de facturación de cada periodo evidenciando el monto de facturas generadas, anuladas reemplazadas e ingresos abiertos cerrados.	Realizo el cuadro de seguimiento mensual que se debe anexar a la cuenta de cobro para la certificación de pago.
22. 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**	Entrego el 100 % de la facturación generada en el mes respectivamente soportada y enrutada al analista asignado.	Entrego facturación al 100 % para el armado de cuentas.
23. 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**	Realizo el diligenciamiento en el libro de anulaciones para la respectiva anulación y reemplazo de la misma.	Reemplazo de la factura anulada.
24. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CUMPLE**	Doy cumplimiento a las normas y pautas de facturacion en base a nuestras obligaciones contractuales.	Cumplo las obligaciones establecidas en el contrato laboral.
25. 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**	Realizo según la solicitud, de las facturas devueltas por las entidades en su debido tiempo.	Entrego facturas con las respectivas modificaciones
26. 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**	Realizo el cumplimiento de las actividades, el cierre de ingresos y entrega de facturas a tiempo, mejorando el tiempo de respuesta a los planes de mejoramiento.	Mejoro el tiempo de respuesta a los planes de mejoramiento entregando todo con su respectivo soporte.
27. 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**	Mantengo buena presentacion personal y buena comunicación con el usuario indicandole los procedimeintos a realizar desde que ingresa hasta su salida de la institución.	Explico y ayudo al usuario, orientadolo en los debidos procesos que requiera, brindandole un trato calido al usuario y asi disminuir las PQRS.

28. 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**	Realizo el seguimiento de las actividades propuetas en el contrato secop, cumpliendo con todos los requisitos propuestos.	Cumplo con todas las actividades en el tiempo establecido
29. 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**	Realizo el cumplimiento ante las actas firmadas con su debido proceso dando finalidad a la actividad requerida	cumplo con todo lo requerido en las actas firmadas.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,717,922 UN MILLON SETECIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

Yenny Mayne Cc. 52750179. NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENNY PAOLA MAYNE ROBLES	LIDER DE PROCESO DE FACTURACIÓN: SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	YENNY PAOLA MAYNE ROBLES
IDENTIFICACION:	CC-52756179
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-09-08
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-09-17
FECHA DE PAGO:	2020-09-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-08
PERIODO SALUD:	2020-08
NUMERO PLANILLA:	8608552090
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8660270076
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 140.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.400	$ 21.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700	$ 271.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/10/2020



ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8608552090
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8660270076
Fecha Pago Planilla: 2020-09-04

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	YENNY PAOLA MAYNE ROBLES	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	52756179	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	KR 18 A 6 02	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	SOACHA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490	CORREO ELECTRÓNICO	PAOLAMAINE7@GMAIL.COM	TELÉFONO	
FAX	321485908	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 08	Año: 2020	Mes: 08	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		8608552090

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Extno obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-52756179	59	No	No	No	25	754	Salario	MAYNE ROBLES YENNY PAOLA	$877.803

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 52756179																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 52756179	PROTECCION	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 52756179	EPS SURA	30	$877.803	0.1250000	$109.800	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	9009590488	0.0243600	$21.400

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-52756179	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 08

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PROTECCION	1	$140.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$140.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
EPS SURA	1	$109.800	$0	0	$0	0	$0	$109.800	0	$0	$0	$109.800	$0	0	$0	$0	$109.800	$0	$0	$109.800

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$21.400	0	$0	$0	$21.400	0	$0	$21.400	0	$0	$0	$21.400

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	N/A	$0	0	$0	$0
SENA	0	01	$0	0	$0	$0
ICBF	0	01	$0	0	$0	$0
ESAP	0	N/A	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	N/A	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$109.800
PENSIONES	1	$140.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$21.400
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$271.700

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	**YENY PAOLA MAYNE ROBLES**
Período:	**01-13 SEPTIEMBRE DE 2020**

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas			Valor Facturas Generadas			No. Facturas Pendientes por entregar mes actual.		Valor Facturas Pendientes por entregar mes actual.		No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor Facturas con remplazo	Facturas Anuladas sin Reemplazo	Valor Facturas Anuladas sin Reemplazo	No. Ingresos Abiertos	Valor Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes
	CAPITA	FFDO	EVENTO	CAPITA	FFDO	EVENTO	FFDO	EVENTO	FFDO	EVENTO											
Semana 1 (1 - 3)	3	0	4	$ 226.311	$ -	$ 295.783	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 2 (4 - 10)	10	0	4	$ 1.317.123	$ -	$ 342.494	0	0	$ -	$ -	1	$ 57.600	1	$ 57.600	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 3 (11 - 17)	0	0	0	$ -	$ -	$ -	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 4 (18 - 24)	0	0	0	$ -	$ -	$ -	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 5 (25 - 31)	0	0	0	$ -	$ -	$ -	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	-	-	-
Total	**13**	**0**	**8**	$ 1.543.434	$ -	$ 638.277	**0**	**0**	$ -	$ -	**1**	$ 57.600	**1**	$ 57.600	**0**	$ -	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Facturas Pendientes de noviembre 2019	0	0	$ -	$ -
Facturas Pendientes de otros Meses	-	0	-	$ -
Facturas Pendientes entre Años				

Facturas en estado enviada del mes actual

Total Facturas Pendientes

0	$ -	Año 2017	-	$ -	Año 2018	$ -	$ -	Año 2019	-	$ -	Año 2020	
-	$ -											

Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de noviembre 2019		0		$ -
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de otros Meses		0		$ -
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes entre Años				

Total Anuladas sin Reemplazo

-	$ -	Año 2017	-	$ -	Año 2018	$ -	$ -	Año 2019	-	$ -	Año 2020	

Ingresos Abiertos Pendientes de noviembre 2019		1		$ -
Ingresos Abiertos Pendientes de otros Meses 2019		0		$ -
Ingresos Abiertos Pendientes entre Años				

Total Ingresos Abiertos

2	$ -	Año 2017	-	$ -	Año 2018	-	$ -	Año 2019	2	$ -	Año 2020	

Verificado Por:			**Facturación**			**Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:**		**Analista:**

Tipo de Soporte pendiente y Observacion			

Yenny mayne cc. 52756179.

Firma Colaborador: (Contratista)

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		
☐	YANNY PAOLA MAYNE ROBLES .pdf	YANNY PAOLA MAYNE ROBLES .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO - YENNY PAOLA MAYNE ROBLES.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO - YENNY PAOLA MAYNE ROBLES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO -YENNY PAOLA MAYNE ROBLES.pdf	JULIO -YENNY PAOLA MAYNE ROBLES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YENNY PAOLA MAYNE ROBLES (1).pdf	YENNY PAOLA MAYNE ROBLES (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

La salud es de todos

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	52756179
NOMBRES	YENNY PAOLA
APELLIDOS	MAYNE ROBLES
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	01/12/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/08/2020 08:30:07	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

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

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES

La salud es de todos

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	52756179	MAYNE	ROBLES	YENNY	PAOLA	2020-07	E.P.S SURAMERICANA S.A	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
E.P.S SURAMERICANA S.A	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	02/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	01/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	12/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	11/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	09/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	08/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	07/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	06/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	05/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	04/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENNY PAOLA MAYNE ROBLES

C.C 52.756.179 DE BOGOTA

La suma de un millón setecientos diecisiete mil novecientos veintidós pesos m/cte. $1. 717. 922, por concepto de: Prestar servicios de 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 Urgencias II durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3418-2020.

Yenny mayne.

YENNY PAOLA MAYNE ROBLES

C.C 52.756.179 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NÚMERO 123227209

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	YENY PAOLA MAYNE ROBLES
Periodo:	01-30 SEPTIEMBRE

Semana/Actividados	No. Facturas Generadas			Valor Facturas Generadas			No. Facturas Pendientes por entregar mes actual.		Valor Facturas Pendientes por entregar mes actual.		No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor Facturas con remplazo	Facturas Anuladas sin Reemplazo	Valor Facturas Anuladas sin Reemplazo	No. Ingresos Abiertos	Valor Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados	No. Facturas pendiente por autonzaciones	No. Facturas pendiente por Soportes
	CAPITA	FFDS	EVENTO	CAPITA	FFDS	EVENTO	FFDS	EVENTO	FFDS	EVENTO											
Semana 1 (1 - 3)	8	0	8	$ 1.188.928	$ -	$ 638.277	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 2 (4 - 10)	9	0	2	$ 692.727	$ -	$ 235.873	0	0	$ -	$ -	1	$ 57.600	1	$ 57.600	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 3 (11 - 17)	9	1	8	$ 719.002	$ 152.171	$ 1.199.492	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	0	0	0
Semana 4 (18 - 24)	4	0	7	$ 442.586	$ -	$ 650.509	0	0	$ -	$ -	1	$ 63.077	1	$ 63.077	0	$ -	0	-	-	-	-
Semana 5 (25 - 31)	0	0	0	$ -	$ -	$ -	0	0	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	-	-	-
Total	30	1	25	$ 3.043.243	$ 152.171	$ 2.724.151	0	0	$ -	$ -	2	$ 120.677	2	$ 120.677	0	$ -	0	0	0	0	0

Facturas Pendientes de septiembre 2020	0	0	$ -	$ -	Facturas en estado enviada del mes actual	0	$ -
Facturas Pendientes de otros Meses		0		$ -	Total Facturas Pendientes	-	$ -
Facturas Pendientes entre Años							
					Año 2017 - $ - Año 2018 $ - $ - Año 2020 - $ -		

Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de septiembre 2020		0		$ -	Total Anuladas sin Reemplazo	-	$ -
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de otros Meses		0		$ -			
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes entre Años							
					Año 2017 - $ - Año 2018 $ - $ - Año 2020 - $ -		

Ingresos Abiertos Pendientes de septiembre 2020		0		$ -	Total Ingresos Abiertos	-	$ -
Ingresos Abiertos Pendientes de otros Meses 2020		0		$ -			
Ingresos Abiertos Pendientes entre Años							
					Año 2017 - $ - Año 2018 - $ - Año 2020 - $ -		

Verificado Por:			Facturación				Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:		Analista:	

Tipo de Soporte pendiente y Observacion	

YENY PAOLA MAYNE ROBLES

Firma Colaborador: (Contratista)