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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONTOYA GARZON ANDREA YULIET											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52778940						
CORREO ELECTRONICO:	ANDRE6360@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3153366812						
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20265803143								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3218_2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			13 DE14				
NUMERO DE CDP	1725	FECHA	26/11/2020	NUMERO DE CRP	53795	FECHA	30/11/2020				
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 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%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$23,422,350
VALOR EJECUTADO	$23,018,066
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
7772945573	$877,803	$109,725	$140,449	3	$21,383	**$271,557**

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

SANDRA JINET TAPUR HERNANDEZ
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

ANDREA YULIET MONTOYA GARZON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION									Sede: SU40 PUENTE ARANDA		
No. DE CONTRATO:	3218_2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	12	2,020		31	12	2,020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA YULIET MONTOYA GARZON		C. C.		52,778,940	DE	BOGOTA					

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 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 auditoría integral a las facturas: comprobador de derechos, documentos solicitados (estudio de caso, historia de caso ETC.), servicios facturados vs historia clínica del usuario.	CUMPLE	Se realiza auditoria al 100% de las facturas recibidas verificando las bases de datos y la contratacion vigente.	Se reciben facturas en fisico con un listado
2. Realizar seguimiento diario de entrega y soporte de las facturas entregadas por los liquidadores de los diferentes servicios.	CUMPLE	Se verifica cada una de las facturas y si estas tienen errores se devuelven se les hace seguimiento según su tipo de inconsistencia.	Se les comunica a cada uno en sus puestos de trabajo
3. Generar informes semanales de la facturación pendiente y los motivos de la misma.	CUMPLE	Se les informa a los facturadores y se lleva un archivo magnetico de las devoluciones de cada uno.	Verificacion en carpetas y archivo (medio magnetico) correspondientes.
4. Realizar seguimiento de las facturas anuladas y su reemplazo, las cuales deben ser reemplazadas en un plazo máximo de 48 horas.	CUMPLE	Despues de realizar la auditoria de las cuentas se les anula y se les informa por medio fisico de las observaciones para que estas se arreglen en un plazo de 48 horas.	Soporte fisico o magnético de los pre auditado de Facturacion generadas en cada uno de los puntos de Atenció realizados en el mes.
5. Alimentar diariamente el archivo plano del anexo con la facturación recibida, y de acuerdo a lo contemplado en el anexo del contrato suscrito con el FFDS.	CUMPLE	Se baja el archivo de dinamica y se verifica con las facturas en fisico según su diagnostico y que realmente cumplan con el objeto del contrato.	Reporte con lista de chequeo.
6. Envio semanal a la unidad correspondiente el anexo de FFD (revisión auditoria previa) con sus respectivas observaciones, con el fin de realizar el seguimiento, anulación y/o corrección que haya lugar.	CUMPLE	Se tiene un archivo de las facturas recibidas las cuales se ingresan al anexo 4 para poder consolidar este con el minimo de errores.	Se entrega en medio magnetico esta actividad
7. Realizar la relación de la causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al facturador ,tanto en fisico como a través del sistema de informacion 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, esta debe ser entregada de manera presencial y no dejar en los servicios.	CUMPLE	Se les hace entrega a cada uno de los facturadores en forma fisica en un cuadro de excell según las diferentes inconsistencias y se les hace firmar el recibido de estas.	Verificación y ajuste de facturas entregadas por el área.(ver hojas de ruta)
8. Solicitar al responsable de anulación de facturas en la Unidad, la anulación de las 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, así 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 48 horas y 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. Adherirse a las actividades y tiempos definidos en el procedimiento de anulación establecido en la Subred.	CUMPLE	Este proceso es casi que inmediato el tecnico realiza la Observación en el libro y esta esta se anula por la persona encargada en un minimo de 2 horas para que la factura pueda ser corregida lo mas pronto posible.	Auditoria de prefacturas generadas en el mes con reporte a persona encargada del proceso)
9. Realizar las respectivas correcciones reportadas al archivo plano del anexo.	CUMPLE	Este se realiza en un archivo en excell.	Verificación y ajuste de facturas entregadas por el área.(ver hojas de ruta)
10. Realizar consolidado mensual del archivo con correcciones a más tardar el día 3 de cada mes.	CUMPLE	Este se realiza en un archivo en excell dde donde sale el anexo 4 según la directriz y campos de la SDS.	Este se entrega en medio magnetico
11. Archivar facturas con soportes de seguridad social y comprobación de derechos en cajas marcadas con mes y año.	CUMPLE	Se tienen cajas de las facturas fisicas debidamente marcadas por mes finalizado.	Actividad realizada en cada unidad y se deja en un archivo
12. Apoyar el proceso de auditoría con firma seleccionada por la Secretaria Distrital de Salud	CUMPLE	Se realiza la conciliacion de las facturas según anexo 4, estas pueden ser por actividad o pfgp según lo solicite la firma.	Las actividades se centraron en la auditoria de facturas del servicio.
13. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal o con la periocidad que se solicite de la facturación pendiente por entregar por facturador, 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 le comunica y se lleva un medio magnetico de las facturas con inconsistencias y se le envia cada vez que el referente lo solicite.	Reporte según requerimiento coordinación área de facturación.
14. 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) especialmente lo referente al FFDS.	CUMPLE	Dar cumplimiento al contrato y la normatividad vigente soportar las cuentas adecuadamente para un minimo de errores.	Reporte según requerimiento coordinación área de facturación.
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 para la certificación de pagos	CUMPLE	Se realizan las actividades según la contratacion y esta se ve reflejada en un proceso final con la entrega de las cuentas mensuales.	Actividad realizada con líder de proceso
16. 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 apoya a los facturadores según sea el caso y la contratacion vigente de las diferentes eps.	Reporte según requerimiento coordinación área de facturación.
17. 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 realizan actividades acorde a lo contratado ya que esto beneficia en un producto final y de buena calidad.	Reporte y socializacion según requerimiento área de facturación.

18. 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 realizan las actividades según contratacion y el producto final es el anexo 4 el cual es entregado al FFD con los formatos establecidos.	actividad realizada en medio magnetico
18. 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 gestiona con la persona encargada de este proceso las quejas y reclamos y poder solucionar las inquietudes por cuotas de recuperación y afiliacion al sistema de salud.	La actividad se realiza en medio magnetico y fisico
19. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten enlas Unidades asignadas	CUMPLE	Se realiza un trabajo en equipo con las personas que se realiza dicha actividad según lo informe el referente de la unidad.	Reporte según requerimiento coordinación área de facturación.
20. 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	Realizar esta actividad de acuerdo a los soportes y tiempos establecidos como son el pago de salud y pension	Se realiza la actividad en medio fisico según lo requerido
21. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato.	CUMPLE	Se asiste a las capacitaciones programadas ya que con estas se mejora la entrega de los productos finales	Reporte de la actividad según requerimiento en medio magnetico y fisico
22. 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 tiene una adecuada presentacion personal según la ocacion y la disposición de trabajo en equipo ya que esto ayuda en la actividad final.	Soportada diariamente de acuerdo a la ocasión

Observaciones

TOTAL A PAGAR Numero y letras : $ 2.021.422 DOS MILLONES CERO VEINTYUN MIL CUATROCIENTOS VEINTI DOS PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA :ANDREA YULIET MONTOYA GARZON C.C 52.778.940

Fecha : 31/12/2020 Firma de recibido supervisor: SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplir .

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52778940
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			ANDREA YULIET MONTOYA GARZON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 SUR 104 41 CA 116	TELÉFONO:	7287865
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7772945573			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2020			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	824976867

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.300	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:			$ 5.300	$ 0	$ 5.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52778940	MONTOYA GARZON ANDREA YULIET	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 877.803				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	52778940	$ 21.400	30	$ 877.803	CCF24-COMPENSAR	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 277.000

Planilla Tipo
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52778940
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA YULIET MONTOYA GARZON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 SUR 104 41 CA 116	TELÉFONO:	7287865
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA;	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7772945573**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		824976867	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500
SUBTOTAL:			1	**$ 140.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 109.800
SUBTOTAL:			1	**$ 109.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.300
SUBTOTAL:			1	**$ 5.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 21.400
SUBTOTAL:			1	**$ 21.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 277.000**

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	52778940
NOMBRES	ANDREA YULIET
APELLIDOS	MONTOYA GARZON
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	MEDIMAS EPS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/06/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 12/10/2020 15:06:16 | **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 AFILIACIÓN
CC	52778940	MONTOYA	GARZON	ANDREA	YULIET	2020-10	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	52778940	MONTOYA	GARZON	ANDREA	YULIET	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
MEDIMAS EPS S.A.S	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
MEDIMAS EPS S.A.S	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9				85 Registros en 9 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

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN		
Nombre Contratista:		ANDREA YULIET MONTOYA GARZON
Periodo:	dic-20	

Semana/Actividades	No. Facturas Entregadas	No. Facturas Revisadas	Valor Facturas Revisadas	No. Facturas Entregadas para Remisión	Valor Facturas Entregadas para Remisión	No. Facturas en seguimiento del Analista	Total Facturas devueltas a los facturadores	No. Facturas devueltas a los facturadores por autorizaciones	No. Facturas devueltas a los facturadores por soportes
Semana 1 (1 noviembre AL 8 noviembre)	223	223	$ 26.357.396			10	10		10
Semana 2 (9 noviembre - 14 noviembre)	148	148	$ 7.645.197			5	5		5
Semana 3 (15 noviembre -21 noviembre)	206	206	9681315			4	4		4
Semana 4 (22noviembre -30 noviembre)	316	316	116.044.562			4	3		4
TOTAL	893	893	55328470			23	22		23
Verificado Por: (Nombre y firma)	Central de Cuentas (Capital)				Facturación (Seguimiento hoja de ruta):				

Empresas	No. Facturas por Empresa	Valor Facturas	No. Facturas devueltas de Central de Cuentas	Valor Facturas devueltas de Central de Cuentas
FONDO FINANCIERO	893	$ 55,328,470		$ -

Facturadores a cargo	Servicio(s) a Cargo	Observaciones
55	C.EXTERNA , URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:		

ANDREA MONTOYA GARZON

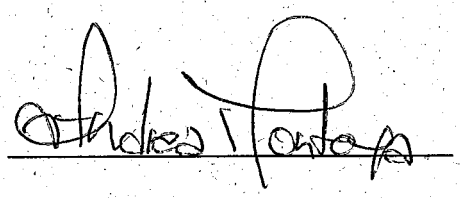
Firma Colaborador: (Contratista)

DECLARACIÓN JURAMENTADA

YO ANDREA YULIET MONTOYA GARZON Identificado con CC No. 52778940 expedida en BOGOTA,

Por medio de la presente manifiesto, bajo la gravedad de juramento, libre y espontáneamente que durante el desarrollo de actividades como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II con contrato No 3218-2020 por modalidad de prestación servicios, informo que durante el mes de Octubre de 2020 no he presentado incapacidades expedidas por la EPS ni por ARL a la cual me encuentro afiliado.

La presente certificación se expide a los TREINTA Y UNO (31) días del mes de DICIEMRE del año 2020

Firma: 

Nombre: ANDREA YULIET MONTOYA GARZON

Cedula: 52778940 DE BOGOTA

Teléfono: 3153366812

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 11:41:13
ANDREA YULIET MO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

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		
	ANDREA MONTOYA 2.pdf (Archivado)	ANDREA MONTOYA 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ANDREA YULIET MONTYOYA GARZON JUNIO 2O2O.pdf (Archivado)	ANDREA YULIET MONTYOYA GARZON JUNIO 2O2O.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	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

Editar

☐	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 >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDREA YULIET MONTOYA GARZON

C.C 52778940 DE BOGOTÁ

La suma de DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROSCIENTOS VEINTIDOS PESOS MCTE $2.021.422, 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 Técnico 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 3218-2020.

ANDREA YULIET MONTOYA GARZON

C.C 52778940 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20265803143