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:	**CADENA GUTIERREZ MARITZA**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	**X**	C.E		NO.	**52438939**							
CORREO ELECTRONICO:	fusda2013@hotmail.com				CELULAR:	**3002267130**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente					**SUR**								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	**Facturalón - Devoluciones**				SEDE:	**USS11 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	**008480287468**								PENSIONADO	**No**			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3211-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**11 de 11**			
NÚMERO DE CDP	**1725**	FECHA	**26-nov-20**	**NÚMERO DE CRP**		**53790**	FECHA	**30-nov-20**		
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 SUROCCIDENTE 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) DOS MILLONES VEINTI UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS**									
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:	**$22,639,937**
VALOR EJECUTADO	**$22,235,653**
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 % IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9413156065	$877,803.00	$109,817	$140,499	3	$21,383	**$271,699**

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

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CADENA GUTIERREZ MARITZA
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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**FACTURACION- DEVOLUCIONES**			**Sede: PUENTE ARANDA SU40**						
No. DE CONTRATO:	**3211-2020**	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	12	2,020		31	12	2,020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARITZA CADENA GUTIERREZ**			**C. C.**	**52,438,939**		**DE**	**BOGOTÁ**		

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 SUROCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional Apoyo Técnico Administrativo

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realizar el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.	cumple	1. Recibi del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realice el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.	1. Se entrega base de datos actualizada con informacion de devoluciones recibidas
2.Realizar los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación.	cumple	2.Realice los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación.	2.Se entrega Informe de devoluciones especificando devoluciones recibidas, devoluciones contestadas y devoluciones radicadas
3. Identificar los motivos de devolución, clasificar y gestionar ante las diferentes áreas para subsanar las objecciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC).	cumple	3, Identifique los motivos de devolucion, clasifique y gestione ante las diferentes áreas para subsanar las objecciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC)	3.Se entrega clasificacion devoluciones por pagador y motivo para respectiva gestion de respuesta
4. Construir conforme a los soportes clinicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.	cumple	4. Construí conforme a los soportes clínicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.	4. Se entrega respuesta de devoluciones, oficio, matriz para respectiva radicación
5. Realizar la radicación de la respuesta de la devoluciones en las diferentes entidades.	cumple	5. Se Realiza la radicación de la respuesta de la devoluciónes a la fecha por valor de $ 3.129.638.508 en las siguientes entidadesSanitas,Unicajas, Salud Total, Comparta,Famisanar, Nueva Eps, Capital,, Coomeva ,Sura soat y Eps, Mundial , Fuerzas Militares, Compensar, Comfamiliar Huila, Salud Vidad, Sanitas, Departamento del Huila.	5. Se entrega radicación de la respuesta de la devoluciónes a la fecha por valor de $1.661.565.826 en las siguientes entidadesSanitas,Unicajas, Salud Total, Comparta,Famisanar, Nueva Eps, Capital,, Coomeva ,Sura soat y Eps, Mundial , Fuerzas Militares, Compensar, Comfamiliar Huila, Salud Vidad, Sanitas, Departamento del Huila.
6. Generar el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.	cumple	6. Genere el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.	6.Se entrega informe mensual según estandar de la subred
7. Realizar informe y consolidar la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.	cumple	7. Realice informe y consolide la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.	7.Se entrega consolidado de informacion en respectiva base de datos
8. Analizar e informar los indicadores de la facturacion radicada y devuelta y la relación de la devolución recibidas vs devoluciones contestadas.	cumple	8.Se genera e informa devolucines recibidas vs devoluciones respondidas	8.Se entrega informe de devoluciones recibidas y respondidas durante el mes
9. Realizar el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.	cumple	9. Realice el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.	9.se informo las dificultades en el proceso de respuesta de devoluciones y sus posibles soluciones
10.Apoyar al servicio asignado en la solución de objecciones diariamente y diligenciar oportunamente la respuesta a las devoluciones.	cumple	10.Apoye al servicio asignado en la solución de objecciones diariamente y diligencie oportunamente la respuesta a las devoluciones.	10.Se entrega respuesta de devoluciones con respectivo radicado ante la entidad
11.Programar y asistir a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones.	cumple	11.Programe y asistí a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devolucione y Con el area de cartera	11.Se realiza entrega de Actas de trabajo y/o conciliaciones y respectivos planes de trabajo con el area de cartera
12. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros).	cumple	12. realice las capacitaciones requeridas con los motivos de devolución.	12.Se socializa los mayores motivos de devolucion recibidos por periodo con el fin de realizar planes de contingencia y mitigar devoluciones por dichos motivos
13 Gestionar ante los entes de control si es necesario su intervensión para mitigar las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos	cumple	13,Se realiza clasificacion de documentacion requerida para presentar solicitud ante a los entes de control.	13.Se entrega clasificación de documentación
14.Realizar mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera	cumple	14.Realice mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera	14. Conciliacion con area de cartera en cuanto a devoluciones recibidas como devoluciones contestadas y radicadas en cada entidad
15. Realizar la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.	cumple	15. Realice la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.	15. Se realizan respectivos oficios soportados por pagador para presentacion de reclamacion a Supersalud.
16. Realizar plan de trabajo y evaluar su ejecución mensual para programar y dar respuesta oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.	cumple	16. Realice plan de trabajo y evalue su ejecución mensual para programar y dar respuesta opoprtuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.	16. Contestacion oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.
17. Elaborar las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.	cumple	17. Elabore las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.	17. Se realizan comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred. Y se informa a jefe de Area dicha situación.
18. 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	18. Realice 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.	18. 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.
19. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en la Subred en el área financiera.	cumple	19. Realice 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.	19. Se trabajo plan de contingencia con la entidad, Compensar
20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de acciones realizadas para dar respuesta oportuna de las devoluciones de toda la subred, 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	20.En el mes se cumplio lo programado	20.Cumplimiento de la programación durante el mes.
21. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	cumple	21. Mantuve 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	21. Mitigue las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2.021.422) DOS MILLONES VEINTI UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS

MARITZA CADENA GUTIERREZ CC. 52.438.939 DE BOGOTA

Fecha :

supervisor: _____

Firma de recibido

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52438939		CADENA GUTIERREZ MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7a#70b-80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7839170	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	826712646	9413156065	1	2020/12/10	2020/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$277,000

RESUMEN DE PAGO

RAMO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$277,000	$0	$0	$277,000

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2020/12/10 09:55 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52438939		CADENA GUTIERREZ MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7a#70b-80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7839170	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	826712646	9413156065	I	2020/12/10	2020/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$277,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC 52438939	CADENA MARITZA	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800	CCF24	30	$877,803	$5,300	14-11	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$5,300			$877,803	$21,400		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2020/12/10 09:55 AM

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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52438939
NOMBRES	MARITZA
APELLIDOS	CADENA GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	13/08/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 12/10/2020 11:38:05 | **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	52438939	CADENA	GUTIERREZ	MARITZA		2020-10	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

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

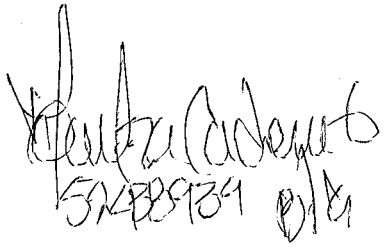
1 2 3 4 5 6 7 8 9

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



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARITZA CADENA GUTIERREZ

C.C 52438939 DE Bogotá

La suma de $ 2.021.422 por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II durante el periodo de 01 al 31 de diciembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3211-2020



MARITZA CADENA GUTIERREZ

C.C 52438939 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 008480287468