| BOGOTÁ \| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | 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: | MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 52186821 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | magdanell75@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3014787863 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FACTURACION | | | | SEDE: | UMHES FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO03R23 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 475070020809 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3440 - 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 16 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 14 | FECHA | 4/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 2565 | FECHA | 13/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 13 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $ 1.717.922 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |

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: | $ 21.510.956 |
| VALOR EJECUTADO | $ 21.510.956 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $ 443.328 |
| 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 3% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47176188 | $877.803 | $109.725 | $140.449 | 3 | $21.383 | **$271.557** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Enero del año Dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

| SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ | MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR | NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |

| BOGOTÁ SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | 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 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sede: USS BOSTON | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 3440-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 13 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ | C. C. | 52.186.821 | DE | BOGOTÁ | | | | | |

**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 ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Realizar la recepción diaria de las facturas generadas por los diferentes puntos de facturación y/o por los facturadores asignados, correspondiente a los servicios prestados con soporte de reporte generado en el sistema de información (reporte estadistico de facturación o FA-Entrega y recibido de facturas generadas por usuario o la herramienta de control definida). | CUMPLE | Se realizo la recepcion y el debido punteo de las facturas entregadas por cada uno de los facturadores las diferentes entidades responsables de pago , para su iniciar proceso de auditoria. | Se recepciona la factura atraves del sistema de Informacion y se alimentala base de las facturas recibidas para auditoria y seguimiento |
| 2. Realizar diariamente mediante auditoría administrativa la verificación de la aplicación del procedimiento de admisión, facturación y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de pago de los servicios prestados , aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CUMPLE | Se realizo la auditoria y facturación de los servicios prestados a los pacientes , Urgencias Observaciones y Consulta Externa , aplicando los terminos de la contratación vigente para el pagador teniendo en cuenta la seguridad social de cada paciente. | Se verifico la correcta admision,facturacion y autorizaciones de los pacientes a los cuales se les prestaron servicios de salud,aplicando la contratacion vigente y realizando la retroalimentacion de las inconsistencias identificadas |
| 3. Realizar diariamente auditoría técnica previa y/o posterior a la realización de la facturación en la Unidad, servicio o con el facturador asignado, verificando que la factura contenga los soportes respectivos de acuerdo a la normatividad y la contratación vigente. Anexo Técnico N° 5 de la Resolución 3047 de 2008 o las que la modifique. (Aplica para Consulta externa). | CUMPLE | Se verifica y aplica en la auditoria de facturacion generada la matriz de contratacion remitida por el area de mercadeo con la contratacion vigentes que tiene la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, ade mas de verificar la normatividad vigente . | Se verifico factura a factura lapalicacion de la contratacion vigente de la subred,Identificado la inconsistencias presentadas , reportandolas a cada facturadrador para su ajuste correspondiente |
| 4. Realizar la relación causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al facturador ,tanto en físico 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 24 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente, esta debe ser entregada de manera presencial y con soporte. | CUMPLE | Se realizo la devolución de las facturas generadas por los diferentes servicios Consulta Externa, Urgencias, Hospitalizacion, los casos que lo ameriten de manera oportuna garantizando que el facturador pueda realizar las correcciones necesarias para garantizar el cobro total de los servicios prestados | se realiza la devolucion de las facturas mediante el aplicativo para tal fin donde queda registrado y reportado la inconsistencia identificada las cuales deben ser devueltas por parte defacturador a las 48 horas para ajustarla y realizar oportunamente la entrega a la central de acopio por el sistema de Informacion (hoja de ruta) |
| 5. Solicitar la anulación de facturas al técnico asignado o referente de la Unidad acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando el seguimiento y la oportuna corrección de las mismas por el facturador, entregando el soporte respectivo y validando que sea en menos de 24 horas el remplazo y especialmente los que se realicen el último día 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 realiza solicitud de la anulacion de las facturas y a su vez se realiza la refacturacion correspondiente la cual es reportada a la persona designada, diligenciado de manera completa y adecuada el formato establecido | se realiza y se verifico la anulacion de las facturas y a su vez se verifico la refacturacion (factura remplazo), garanatizando que esten en el mes de la prestacion del servicio y cumpliendo con el diligenciamiento del formato para reporte |
| 6. Realizar el envío a la central de cuentas de la Unidad o de acopio de la Subred acorde con el instructivo, herramienta o procedimiento definido, este debe ser por Empresa. Debe garantizar que el envío coincida con las facturas físicas o electrónicas remitidas, dejando evidencia documental. En caso de ser asignado para entregar las facturas para remitir a la central de acopio debe garantizar que las remisiones esten organizadas, debidamente marcadas que permitan la conservación de los documentos. | CUMPLE | Se realizo la revisión del mes de las facturas verificando orden, documentos y soportes de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalizaciones con el fin de garantizar una adecuada presentación de las facturas, y así dar el apoyo necesario en el proceso de entrega y radicación de las cuentas, teniendo disponibilidad de tiempo al finalizar el mes con el fin de poder dar tramite final al 100% de la facturación generada en el servicio. | Se realiza la entrega a la central de acopio de todas las facturas por hoja de ruta organizadas por pagador y por consecutivo para garantizar la efectica en el proceso de radicacion a las diferentes entidades responsables de pago. |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 443.928 CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ C.C 52.186.821 de BOGOTÁ

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
LIDER FACTURACION SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E ENERO 2021

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 | 52186821 | MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ | calle 14 # 108 48 | 6754896 | magdanel75@gmail.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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 07/01/2021 | 47176188 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $271.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 271.700 | 271.700 |

COPIA
47176188

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 | 52186821 | MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ | | calle 14 # 108 48 | 6754896 | magdanel75@gmail.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 | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 07/01/2021 | 47176188 | $271.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | 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 |
| 1 | CC | 52186821 | MUÑOZ GONZALEZ MAGDA NELLY | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 877.803 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 877.803 | 109.800 | 14-11 | 877.803 | 3 | 21.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 | 52186821 |
| NOMBRES | MAGDA NELLY |
| APELLIDOS | MUÑOZ GONZALEZ |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/02/2019 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 01/22/2021 10:01:36 | 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 | 52186821 | MUÑOZ | GONZALEZ | MAGDA | NELLY | 2015-07 | FAMISANAR E.P.S. | BENEFICIARIO |
| CC | 52186821 | MUÑOZ | GONZALEZ | MAGDA | NELLY | 2020-12 | E.P.S SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 52186821 | MUÑOZ | GONZALEZ | MAGDA | NELLY | 2019-01 | FAMISANAR E.P.S. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| E.P.S SANITAS | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

91 Registros en 10 Pagínas

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:**

**MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ**

**C.C 52.186.821 DE BOGOTÁ**

La suma de cuatrocientos cuarenta y tres mil trecientos veintiocho pesos m/cte,$ 443.328 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 administrativo facturador urgencias II, durante el periodo de 13 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3440-2020.

**MAGDA NELLY MUÑOZ GONZALEZ**

**C.C 52.186.821 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 475070020809**