

|                                                                                   |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> | Versión             | 3             |  |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 15/02/2018    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                     |

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

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |      |           |            |                          |       |          |            |
|--------------------------------------------------------------------------|------|-----------|------------|--------------------------|-------|----------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |      | 3208-2020 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 12 DE 12 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 1725 | FECHA     | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP            | 53787 | FECHA    | 30/11/2020 |
| NÚMERO DE CDP                                                            |      | FECHA     |            | NÚMERO DE CRP            |       | FECHA    |            |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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  |
|                      |       | 1   | 1   | 2021 |       | 31  | 1   | 2021 |

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES | \$2.021.422 |
|----------------------------|-------------|

|                   |                |                     |
|-------------------|----------------|---------------------|
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | \$24.257.064 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$24.257.064 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2.021.422  |
| 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% JBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 841722997          | \$877.803,00      | \$109.725                | \$140.449              | 3         | \$21.383   | \$271.557     |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil veinte uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ  
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS  
APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Versión: 2<br>Fecha de aprobación: 3/04/2017<br>Código: 04-02-FO-0003 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ubicación del Servicio: FACTURACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Sede: SU40                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| No. DE CONTRATO: 3208-2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Período certificado desde el: 1                                       | Día: 1<br>Mes: 1<br>Año: 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Día: 31<br>Mes: 1<br>Año: 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | C. C. 1.005.680.414 DE SAN MARCOS(S)                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PROGRAMADO                                                            | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 1. Realizar diariamente la revisión, seguimiento y soporte de facturas en sistema de información Dinámica de la subred, correspondientes a los servicios prestados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CUMPLE                                                                | Se Realizó diariamente la revisión, seguimiento y soporte de facturas en sistema de información Dinámica de la subred, correspondientes a los servicios prestados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se entregó anexo 4 capital salud a la referente encargada realizando el soporte y seguimiento correspondiente a los servicios prestados urgencias tipología.                                                                                                                                                                                                 |
| 2. Consultar en comprobador de derecho como en la plataforma de Capital Salud el NAP y base poblacional generado VS factura, así mismo verificar las tarifas de acuerdo a las tipologías y/o contratación con la EAPB Capital Salud, para alimentar la base de producción o herramienta (para captura de información del anexo 4 Capital salud), diariamente de acuerdo a la facturación generada VS facturación entregada.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | CUMPLE                                                                | Se Consultó en comprobador de derecho como en la plataforma de Capital Salud el NAP y base poblacional generado VS factura, así mismo verificar las tarifas de acuerdo a las tipologías y/o contratación con la EAPB Capital Salud, para alimentar la base de producción o herramienta (para captura de información del anexo 4 Capital salud), diariamente de acuerdo a la facturación generada VS facturación entregada.                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se revisa en comprobador de derechos, página capital salud, base poblacional generado vs factura verificando aseguramiento del usuario así mismo se verifica las tarifas de acuerdo a las tipologías y/o contratación con la EAPB Capital Salud, para alimentar la base de producción o herramienta (para captura de información del anexo 4 Capital salud). |
| 3. Enviar con la periodicidad definida las tipologías verificadas correspondiente al anexo 4 de Capital Salud (revisión auditoría previa) y/o con las observaciones para realizar el seguimiento, soporte, anulación y/o corrección que haya lugar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | CUMPLE                                                                | Se Envío periódicamente las tipologías verificadas correspondiente al anexo 4 de Capital Salud (revisión auditoría previa) y/o con las observaciones para realizar el seguimiento, soporte, anulación y/o corrección que haya lugar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se reportó vía e-mail al referente encargado el anexo 4 de capital salud previa auditoría con las observaciones correspondiente a cada tipología.                                                                                                                                                                                                            |
| 4. Realizar la relación causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al Técnico y/o referente de la Unidad que corresponda, tanto en físico como a través del sistema de información si este lo tiene implementado, correo electrónico y relación firmada, garantizando la oportunidad en las correcciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente.                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CUMPLE                                                                | Se Realizó la relación causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al Técnico y/o referente de la Unidad que corresponda, tanto en físico como a través del sistema de información si este lo tiene implementado, correo electrónico y relación firmada, garantizando la oportunidad en las correcciones con un plazo máximo de 48 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente.                                                                                                                                                                                                                                     | Se realizó seguimiento de la factura reportada con inconsistencias al referente de cada unidad verificando la corrección oportuna de la misma.                                                                                                                                                                                                               |
| 5. Solicitar al Referente en la Unidad correspondiente la anulación de facturas que presenten inconsistencia, con seguimiento y referencia al facturador para que este último reporte la factura con inconsistencia para anulación, realizando seguimiento de la corrección y factura remplace, 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 24 horas 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 reporto al referente capital salud la anulación de facturas que presenten inconsistencia, con seguimiento y referencia al facturador para que este último reporte la factura con inconsistencia para anulación, realizando seguimiento de la corrección y factura remplace, 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 24 horas 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). | Se reportó vía e-mail al referente encargado las inconsistencias encontradas como cambio de pagador, cambio plan de beneficios, entre otras para la anulación de la factura y se realizó seguimiento de la misma garantizando la corrección oportuna.                                                                                                        |
| 6. Consolidar el anexo mensual de Capital Salud para el armado de cuenta, Soportar cada una de las tipologías descargando los soportes en PDF del sistema de Información Dinámica o acorde a lo definido en los anexos técnicos del contrato de la EAPB con la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                | Se Soportó cada una de las tipologías descargando los soportes en PDF del sistema de Información Dinámica o acorde a lo definido en los anexos técnicos del contrato de la EAPB con la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se descargó del sistema de información dinámica gerencial cada uno de los soportes de acuerdo al anexo 4 capital salud.                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7. Entregar al Referente de Facturación, Informe semanal o con la periodicidad que se solicite de la facturación pendiente por anular y corregir, identificando los motivos de la misma, realizando una consolidación mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera parte de los soportes de la ejecución de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CUMPLE                                                                | Se reporto al referente de capital salud, Informe con la periodicidad de la facturación pendiente por anular y corregir, identificando los motivos de la misma, realizando una consolidación mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera parte de los soportes de la ejecución de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se realizó la consolidación semanal del Informe de las facturas pendientes por anular y corregir previa a verificación del anexo 4 capital salud los hallazgos que se consideró pertinente de la ejecución de las actividades.                                                                                                                               |
| 8. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación, devoluciones y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B) especialmente Capital Salud modalidad de contratación PGP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CUMPLE                                                                | En el momento que se presente dicha solicitud se dara respuesta oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B) especialmente Capital Salud modalidad de contratación PGP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se envía por E-mail los soportes y respuesta correspondientes a las devoluciones realizadas por el área de la entidad que lo requiera.                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando Informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades para la certificación de pagos.                                                                                                                                   | CUMPLE | Se realizó seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando Informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades para la certificación de pagos.                                                                                                                                     | Se ejecutó de acuerdo a la libreta de actividades generando Informe mensual de cada una de las actividades contractuales.                                                                         |
| 10. Realizar la revista y apoyo administrativo acorde con la programación de fin de semana y designada por el referente de la Unidad o Líder de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CUMPLE | Se realiza apoyo administrativo de acuerdo a la programación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se cumple con las solicitudes realizadas por parte de los facturadores programados, como bloqueo de ingresos, anulación de facturas entre otros en diferentes áreas del servicio que lo requiere. |
| 11. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros.                                                                                                                     | CUMPLE | Se realiza las acciones de mejoramiento realizadas por la líder de facturación de acuerdo a la necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se registra cumplimiento de dicha acción mediante actas.                                                                                                                                          |
| 12. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP. | CUMPLE | Se realiza las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP. | se realiza apoyo de acuerdo a la necesidad del servicio asignado, garantizando las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.              |
| 13. Realizar gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación.                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE | Se realizó gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación.                                                                                                                                                                                                                   | Se soporta en la investigación del suceso y ejecución de plan de mejora, registrados en los formatos establecidos por la institución.                                                             |
| 14. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                              | CUMPLE | Se realizó las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realiza planes de contingencias de acuerdo a las solicitudes del líder del proceso de facturación.                                                                                             |
| 15. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.                                             | CUMPLE | Se realizó la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.                                             | Se verifica cada ítem de la cuenta de cobro garantizando el buen diligenciamiento de la misma.                                                                                                    |
| 16. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad, equipo de trabajo o supervisor del contrato.                                                                                                                                                                              | CUMPLE | Se aplica las acciones de mejoras de acuerdo a las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad, equipo de trabajo o supervisor del contrato.                                                                                                                                                   | Se registra cumplimiento de dicha acción mediante actas.                                                                                                                                          |
| 17. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE | Se mantuvo una adecuada presentación personal en el desarrollo de mis actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario y la referente de la cuenta.                                                                                                                                                                          | Se cumple dicha actividad asistiendo al lugar de trabajo con una adecuada presentación personal, buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo.             |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.021.422 DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M.C.T.E.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |
| <br><b>YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | <br><b>SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ</b><br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |

| DATOS PERSONALES      |                                        |                   | PERIODO DE COPIAZION   |        |                     |                     | PERIODO DE COPIAZION |                     | PERIODO DE COPIAZION |  |
|-----------------------|----------------------------------------|-------------------|------------------------|--------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--|
| TIPO                  | NOMBRE Y RAZON SOCIAL                  | TIPO PRESENTACION | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO | NUMERO DE COPIAZION | NUMERO DE COPIAZION | NUMERO DE COPIAZION  | NUMERO DE COPIAZION | NUMERO DE COPIAZION  |  |
| CC                    | 100586044-                             | U                 |                        |        | MES                 | ANO                 | MES                  | ANO                 | CODIGO ARL           |  |
| DIRECCION             | VIA L. MARIA ALVAREZ HOYOS             | C                 |                        |        | 12                  | 2020                | 12                   | 2020                | 63                   |  |
|                       |                                        | F                 |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
|                       |                                        | S                 |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
|                       |                                        | P                 |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| CID/ADMUNICION        | BOGOTA D.C.                            |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| CODIGO                | 11001                                  |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| DEPARTAMENTO          | BOGOTA D.C.                            |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| CODIGO                | 11                                     |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| TELEFONO              | 6904300                                |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| FAX                   |                                        |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| CORREO DE ELECTRONICO | VIA L. MARIA ALVAREZ HOYOS@HOTMAIL.COM |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| ACTUACION ECONOMICA   | 7480                                   |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| VALOR NOMINA          | 977.803                                |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| TOTAL EMPLEADOS       | 1                                      |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| FORMA DE PAGO         | Asignamiento                           |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |
| No. AUTORIZACION      | 941723997                              |                   |                        |        |                     |                     |                      |                     |                      |  |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

[illegible]

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

[illegible]

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|-------|-----------|----------------|---------------|
|       |           |                |               |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DÍAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|-------|-----------|----------------|---------------|
|       |           |                |               |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORAS

[illegible]

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

[illegible]

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADA:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| PENSIONES             | 1 |
| SALUD                 | 1 |
| RIESGOS LABORALES     | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 1 |
| OTRAS                 | 0 |
| TOTAL                 | 4 |

## ADMINISTRADORA

|                         | 2004    | 2005    |
|-------------------------|---------|---------|
| PERSONAS                | 140,500 | 140,500 |
| SALUD                   | 109,800 | 109,800 |
| RIESGOS LABORALES       | 21,400  | 21,400  |
| CCF                     | 17,600  | 17,600  |
| SENA                    | 0       | 0       |
| ICBF                    | 0       | 0       |
| ESAP                    | 0       | 0       |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0       | 0       |
| GRAN TOTAL              | 269,300 | 269,300 |

[illegible]



La salud  
es de todos

Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS         |
|--------------------------|---------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC            |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1005680414    |
| NOMBRES                  | YURLEY MARIA  |
| APELLIDOS                | ALVAREZ HOYOS |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**      |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.   |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.   |

### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                 | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/01/2016                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de  
Impresión:

01/19/2021  
14:13:41

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                  | 1005680414          | ALVAREZ         | HOYOS            | YURLEY        | MARIA          | 2020-12                   | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE       |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC       | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *             |
|-----------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------------|
| COMPENSAR E.P.S | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización       |
| 1 2 3 4 5 6     |                      |                  |               | 60 Registros en 6 Paginas |

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver a Consultar](#)
[Descargar](#)




[Aumentar el contraste](#)

 UTC -5 14:14:14  
 YURLEY MARIA ALVA...

 Id de página: 23000726 [Ayuda](#)
[Búsqueda](#)
[Mis procesos](#)
[Menú](#)
[Ir a](#)

 Escritorio → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 Información general

**Datos guardados**

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

**VER CONTRATO**
**Ejecución del Contrato**

5 Documentos del contrato

☒ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

**Plan de Pagos**

8 Modificaciones del Contrato

 ¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☒ Sí ☐ No

9 Incumplimientos

| 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

**Documentos de ejecución del contrato**

|                          | Descripción         | Nombre del archivo  | Cargado por |           |         |
|--------------------------|---------------------|---------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | MAYO 2020.pdf       | MAYO 2020.pdf       | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO 2020.pdf      | JUNIO 2020.pdf      | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JULIO 2020.pdf      | JULIO 2020.pdf      | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | AGOSTO 2020.pdf     | AGOSTO 2020.pdf     | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | SEPTIEMBRE 2020.pdf | SEPTIEMBRE 2020.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | OCTUBRE-2020.pdf    | OCTUBRE-2020.pdf    | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | NOVIEMBRE 2020.pdf  | NOVIEMBRE 2020.pdf  | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | DICIEMBRE 2020.pdf  | DICIEMBRE 2020.pdf  | Proveedor   | Descargar | Detalle |

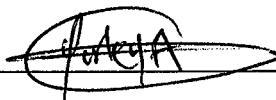


**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS**  
**C.C 1.005.680.414 DE SAN MARCOS (S)**

La suma de \$2.021.422 (Dos millones veintiún mil cuatrocientos veintidós pesos m/cte.), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3208 – 2020.



---

**YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS**  
**C.C 1.005.680.414**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NÚMERO 7300807026**

