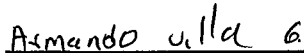
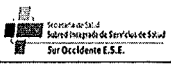


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Sur Occidente E.S.E.		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			VILLA GARCIA ARMANDO							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1,022,954,964		
CORREO ELECTRONICO:			DEARMANDO44@HOTMAIL.COM			CELULAR:		3158171343		
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	%	
		SU40R23	100%							
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		0005-7010-0495					PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3084-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			15 DE 15		
NÚMERO DE CDP		14	FECHA	4/01/2021	NÚMERO DE CRP		2479	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:			\$2,021,422							
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%			\$0			
OBSERVACIONES:										
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$23,344,076				
VALOR EJECUTADO						\$23,344,076				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$304,276				
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 2.194.508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.										
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES				
1034144762	\$ 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 veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
 SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ LIDER DE PROCESO DE FACTURACION					 VILLA GARCIA ARMANDO CONTRATISTA					

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION	Sede: SU40 PUENTE ARANDA							
No. DE CONTRATO:	3084-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			13	1	2021		31	1	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Armando Villa Garcia	C. C.	1,022,954,964				DE	BOGOTÁ	

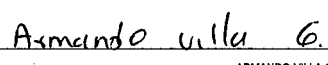
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar la revisión de cargos de la factura frente a lo reportado en historia clínica, se verifican apoyos diagnósticos, procedimientos realizados y valoraciones por especialidad	CUMPLE	Se realiza la respectiva revisión de cargos de la factura frente a lo reportado en historia clínica, se verifican apoyos diagnósticos, procedimientos realizados y valoraciones por especialidad	Facturas revisadas y entregadas al área encargada
2. Verifica el estado del aseguramiento del usuario en las páginas de verificación establecidas para tal fin.	CUMPLE	Se verifica el estado del aseguramiento del usuario en las páginas de verificación establecidas para el fin	soportes de verificación de las diferentes páginas de aseguramiento
3. Verifica estudio de caso en línea en la página de comprobador de derechos de la Secretaría Distrital de Salud.	CUMPLE	Se realiza la Verificación del estudio de caso en línea en la página de comprobador de derechos de la Secretaría Distrital de Salud.	vigencia y numero de estudio de caso realizado
4. Se verifica que el plan de beneficios al cual fue facturado, corresponda al aseguramiento del usuario.	CUMPLE	Se realizar la verificación del plan de beneficios al cual fue facturado, corresponda al aseguramiento del usuario.	Certificación de actividades entregada al área de facturación con la información requerida.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR 304.276 Trescientos cuatro mil doscientos setenta y seis pesos M/CTE

 ARMANDO VILLA GARCIA 1022954964	 SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ LIDER DE PROCESO DE FACTURACION
---	---

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

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADAFecha creación reporte: 2021-01-21, 01:18:29 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1034144762
Periodo Cotización: diciembre de 2020 Periodo Servicio: diciembre de 2020

PAGADO 04/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARMANDO VILLA GARCIA
Documento	CC-1022954964
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo de Cotización	Salario Cotizable	Novedades													Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total
				EN	RE	CL	IN	VA	VI	DI	SV	LA	CA	AF	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	
CC 1022954964	ARMANDO VILLA GARCIA	59	00																																		\$ 289.300

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 877.803	IBC Salud	\$ 877.803	IBC Riesgos	\$ 877.803	IBC Cajas	\$ 877.803	Aportes Pensión	\$ 140.500	Aportes Salud	\$ 109.800	Aportes Riesgos	\$ 21.400	Aportes Cajas	\$ 17.500	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Licencias, Salidos a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 289.300	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 289.300
-------------	------------	-----------	------------	-------------	------------	-----------	------------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	---------------	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-01-04, 04:16:38 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2020
Empresa	ARMANDO VILLA GARCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022954964
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1034144762
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	850713898
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 289.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	\$ 140.500	\$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	\$ 109.800	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 21.400	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 17.600	\$ 0

SubTotales: \$ 289.300 \$ 0
Total a Pagar: \$ 289.300

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	1022954964
NOMBRES	ARMANDO
APELLIDOS	VILLA GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de
Impresión:

01/21/2021
13:30:03

Estación de
origen:

190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

ADRES

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



La salud
es de todos

Minsalud

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1022954964	VILLA	GARCIA	ARMANDO		2020-12	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

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

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

DEBE A:

ARMANDO VILLA GARCIA
C.C 1022954964 DE BOGOTÁ

La suma de TRESCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MCTE \$304.276 por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. como Apoyo Técnico Administrativo II, durante el periodo de 13 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3084-2020.

Armando villa G.
ARMANDO VILLA GARCIA

C.C. 1022954964 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 000570100495

