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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032368478						
CORREO ELECTRONICO:	catalu65@gmail.com				CELULAR:	3112276802						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUR**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	USS11-PUENTE ARANDA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU40R23	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870449792								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3215-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**12 de 12**		
NÚMERO DE CDP	1725 FECHA	**26/11/2020**		**NÚMERO DE CRP**	53793		**30-11-2020**		
NÚMERO DE CDP	FECHA			**NÚMERO DE CRP**					
OBJETO DEL CONTRATO:	**El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Apoyo Tecnico Administrativo II de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E**								
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	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

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% IBC**	**APORTE PENSION 16%**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
1034294199	$877,803.00	$109,725	$140,500	3	$21,383	**$271,600**

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

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL JEFE DE FACTURACION

CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION- DEVOLUCIONES						Sede: PUENTE ARANDA SU40					
No. DE CONTRATO:	3215-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	1	2,021		31	1	2,021			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES		C. C.	1,032,368,478			DE	BOGOTÁ				

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento Institucional Apoyo Técnico Administrativo

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realizar el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.	cumple	1. Recibí del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realice el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred.	1. Se entrega base de datos actualizada con informacion de devoluciones recibidas
2.Realizar los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación.	cumple	2.Realice los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación.	2.Se entrega Informe de devoluciones especificando devoluciones recibidas, devoluciones contestadas y devoluciones radicadas
3. Identificar los motivos de devolución, clasificar y gestionar ante las diferentes áreas para subsanar las objecciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC).	cumple	3, Identifique los motivos de devolucion, clasifique y gestione ante las diferentes áreas para subsanar las objecciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC)	3.Se entrega clasificacion devoluciones por pagador y motivo para respectiva gestion de respuesta
4. Construir conforme a los soportes clinicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.	cumple	4. Construí conforme a los soportes clínicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago.	4. Se entrega respuesta de devoluciones, oficio, matriz para respectiva radicación
5. Realizar la radicación de la respuesta de la devoluciones en las diferentes entidades.	cumple	5. Se Realiza la radicación de la respuesta de la devoluciónes a la fecha por valor de $960,789,942en las siguientes entidades Nariño , Casanare, Putumayo, Pijaos,Cosmitet, Comfanalco Valle, Comfachoco, Asmet Salud, Allansalud, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, Ferrocarriles, Capital Salud, Sanitas, Eps Sura, Sanidad Militar,Sos, Comparta.	5. Se entrega radicación de la respuesta de la devoluciónes a la fecha por valor de $1.870.316.116 en las siguientes entidades Sanitas, Capital Salud, Asmet,Allansalud, Nueva Eps,Sanidad Militar, Medimas, Comparta
6. Generar el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.	cumple	6. Genere el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente.	6.Se entrega informe mensual según estandar de la subred
7. Realizar informe y consolidar la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.	cumple	7. Realice informe y consolide la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos.	7.Se entrega consolidado de informacion en respectiva base de datos
8. Analizar e informar los indicadores de la facturacion radicada y devuelta y la relación de la devolución recibidas vs devoluciones contestadas.	cumple	8.Se genera e informa devolucines recibidas vs devoluciones respondidas	8.Se entrega informe de devoluciones recibidas y respondidas durante el mes
9. Realizar el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.	cumple	9. Realice el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores.	9.se Informo las dificultades en el proceso de respuesta de devoluciones y sus pósibles soluciones
10.Apoyar al servicio asignado en la solución de objecciones diariamente y diligenciar oportunamente la respuesta a las devoluciones.	cumple	10.Apoye al servicio asignado en la solución de objecciones diariamente y diligencie oportunamente la respuesta a las devoluciones.	10.Se entrega respuesta de devoluciones con respectivo radicado ante la entidad
11.Programar y asistir a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones.	cumple	11.Programe y asisti a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones y Con el area de cartera	11.Se realiza entrega de Actas de trabajo y/o conciliaciones y respectivos planes de trabajo para una produccion de $1.870.316.116
12. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros).	cumple	12. realice las capacitaciones requeridas con los motivos de devolución.	12.Se socializa los mayores motivos de devolucion recibidos por periodo con el fin de realizar planes de contingencia y mitigar devoluciones por dichos motivos
13 Gestionar ante los entes de control si es necesario su intervensión para mitigar las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos	cumple	13,Se realiza clasificacion de documentacion requerida para presentar solicitud ante a los entes de control.	13.Se entrega clasificación de documentación
14.Realizar mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera	cumple	14.Realice mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera	14. Se realizo la entrega de informacion requerida de las respuestas de las facturas trabajadas
15. Realizar la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.	cumple	15. Realice la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial.	15. Se realizan respectivos oficios soportados por pagador para presentacion de reclamacion a Supersalud.
16. Realizar plan de trabajo y evaluar su ejecución mensual para programar y dar respuesta oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.	cumple	16. Realice plan de trabajo y evalue su ejecución mensual para programar y dar respuesta opoprtuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.	16. Contestacion oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente.
17. Elaborar las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.	cumple	17. Elabore las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred.	17. Se realizan comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred. Y se informa a jefe de Area dicha situación.
18. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.	cumple	18. Realice la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.	18. Presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo.
19. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en la Subred en el área financiera.	cumple	19. Realice las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas.	19. Se trabajo levantamiento del inventario fisico del area.
20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de acciones realizadas para dar respuesta oportuna de las devoluciones de toda la subred, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.	cumple	20.En el mes se cumplio lo programado	20.Cumplimiento de la programación durante el mes.
21. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	cumple	21. Mantuve una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	21. Mitigue las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2,021,422) DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS

CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES CC. 1.032.368.478 DE BOGOTA

Fecha:

Firma de recibido de Jefe de Facturacion:

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

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

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	2021-01-05, 11:35:04 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2020
Empresa	CATHERIN SANCHEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1032368478
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1034294199
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	851613075
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 Intéreses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 109.800	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 21.400	$ 0
N860013570	CCF21	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	1	$ 17.600	$ 0
		SubTotales:		$ 289.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 289.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

rmación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1032368478
NOMBRES	CATHERIN
APELLIDOS	SANCHEZ BENAVIDES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

os de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	19/05/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 01/22/2021 09:56:18 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

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

ecto 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 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 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.

sponsabilidad 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 nación; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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 lud a los usuarios.

ed 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 actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CONSULTA AFILIADOS COMPENSADOS

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	1032368478	SANCHEZ	BENAVIDES	CATHERIN		2020-12	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DIAS 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

1 2 3 4 5 6 7 8

80 Registros en 8 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

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Documentos Mayo Cto 3215-2020.pdf	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Junio Cto3215-2020.pdf	CATHERINE SANCHEZ BENAVIDES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Julio Cto 3215-2020.pdf	Documentos Julio Cto 3215-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Agosto Cto 3215-2020.pdf	Documentos Agosto Cto 3215-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Septiembre Cto 3215-2020.pdf	Documentos Septiembre Cto 3215-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Octubre cto 3215-2020.pdf	Documentos Octubre cto 3215-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Noviembre cto 3215_2020.pdf	Documentos Noviembre cto 3215_2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Diciembre cto 3215-2020.pdf	Documentos Diciembre cto 3215-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES

C.C 1.032.368.478 DE BOGOTA

La suma de Dos Millones Veintiún Mil Cuatrocientos Veintidós pesos m/cte.$2.021.422.00, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como Apoyo Técnico Administrativo II durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3215-2020.

CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES

C.C. 1.032.368.478 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4870449792