Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALVARO DANNY SARAY MENDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.024.547.705						
CORREO ELECTRONICO:	dannysm2016@gmail.com				CELULAR:	3102745169						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE	PATIOS						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU59R23	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4800384580					PENSIONADO						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	879-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		02 DE 03				
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11053	FECHA	31/01/2021			
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		
		1	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.635.806									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.907.418
VALOR EJECUTADO	$3.271.612
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.635.806
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.635.806
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 $2.271.315, 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
1035679353	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

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

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

ALVARO DANNY SARAY MENDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALVARO DANNY SARAY MENDEZ

C.C 1024547705

La suma de un millón seiscientos treinta y cinco mil ochocientos seis pesos m/cte. $1.635.806, 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 Facturador Consulta Externa I durante el periodo de 1 al 31 de marzo de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 879-2021.

ALVARO DANNY SARAY MENDEZ

C.C 1024547705

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 4800384580

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

Ubicación del Servicio:	unidad de servicios de salud SUR									
No. DE CONTRATO:	879-2021	Periodo certificado desde el	Sede: CAPS 92 PATIOS							
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALVARO DANNY SARAY MENDEZ		1	3	2021		31	3	2021	
			C. C.		1.024.547.705		DE		BOGOTA	

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 X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	CUMPLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Realizar verificación y confirmación de derechos en las páginas oficiales de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.), Aseguradoras comprobación de pólizas, aplicativo de las bases poblacionales asignadas confirmando la entidad responsable de pago para el procedimiento de admisión o liquidación de cuenta.	CUMPLE	Garantizar al 100% la verificacion de todos los Usuarios en las paginas Dadas por la sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E	Garantizar la verificacion diaria de los usuarios en las bases de datos entregadas por la sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E adjuntando pantallazos de los mismos.
2.Consultar verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención, así como la facturación de las mismas conforme a la resolución 412 de 2000 o la normatividad vigente, gestionando la demanda inducida al atender al usuario en coordinación con el equipo de P y D de la Subred.	CUMPLE	Verificar en la base de datos la frecuencia para las activicades de pyd	Hacer una buena verificacion correspondiente al uso de las actividades de promocion y prevencion hacer entrega de los formatos enviados por vacunacion y programas
3.Verificar y actualizar datos del paciente aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en la admisión, asignación de citas y facturación	CUMPLE	Hacer una buena verificacion y hacer una buena actualizacion de los datos reales de los usuarios	realizar las respectivas actualizaciones de los datos reales del usuario para una buena atencion con calidad y calidez
4.Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades de la Subred preguntando para cuando requiere la cita o los datos definidos en las acciones para cumplimiento de la Resolución 1552 de 2015 la norma que la modifique o los planes de acreditación e informar al usuario el valor de la cuota moderadora, cuota de recuperación o copago de acuerdo a la afiliación del usuario, así como las indicaciones para el servicio y las opciones para cancelar la cita	CUMPLE	Asignacion de citas	Asignar la cita solicitada por el usuario conforme a la disponibilidad de agenda y informarle al usuario el valor a pagar según su afiliacion
5.Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridos por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación e informar al paciente si para la cita se requiere generar autorización o realizar la solicitud por página web de la EPS conforme a los contratos suscritos por la Subred con las ERP (como EPS'S Capital Salud entre otros)	CUMPLE	AUTORIZACIONES	Verificar la autorizacion emitidad por la eps que sea para la subred integrada de servicios de salud sur occidente
6.Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario. (realiza entrega de factura física, recibo de caja al paciente y solicita firma para la factura soporte).	CUMPLE	Se realiza la facturación de acuerdo a la normatividad establecida por la subred.	Se realiza la facturaciòn de acuerdo a la normatividad establecida por la subred.
7.Realizar el cierre de caja en cada entrega de programación diaria, así como la verificación de la base de caja y la actividad de conteo cuando esta sea asignada para entrega a la transportadora o a quien designe tesorería, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado o pagares (autorizados) para el respectivo registro en tesorería, dejando como soporte en libro y con la generación del reporte de entrega de esta actividad en el sistema de información. 8. Realizar el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en	CUMPLE	Garantizar y responsabilizarse del recaudo y buen manejo de la caja.	Informe de tesoreria donde se refleja el total recaudado de acuerdo a lo facturado y sin pendientes por recibir
8.Realizar el diligenciamiento del anexo 1 al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en cumplimiento a la normatividad vigente	CUMPLE	Diligenciamiento del anexo 1al encontarse posibles errores en las bases de datos	Hacer un buen deligenciamiento del anexo 1 al encontrarse alguna inconsistencia de los usuarios en la base de datos y hacer su respectivo reporte la entidad ala cual este afiliado el usuario
9.Realizar la entrega diaria del 100% de las facturas generadas, garantizando los soportes administrativos y asistenciales según la Resolución 3047/2008 Anexo técnico 5 y el Decreto 056 de 2016 (Accidentes de Tránsito - ECAT, FURIPS Y FUTRANS) la norma que lo modifique, la matriz y modalidades de contratación vigentes en la Subred. Los precierres y cierres se debe garantizar el 100% de las facturas generadas y soportadas para el cumplimiento de los indicadores de venta de servicios, radicación oportuna y disminución de devoluciones y glosas.	CUMPLE	Facturas para Entregar	realizar la entrega diaria de las facturas generadas con sus respectivos soportes administrativos

10.Realizar el cierre de la facturación de las atenciones en salud prestadas a los usuarios por el servicio que corresponda, mitigando el riesgo de ingresos abiertos y gestión de los mismos si se identifica causa justificada. El control de registros de ingresos abiertos por mes debe ser igual a cero 0, si se presenta debe ser por causa justificada validada por el referente de la Unidad. El control de esta actividad debe registrarse semanal y mensual en la libreta de actividades o herramientas.	CUMPLE	Realizar el cierre de las facturas generadas	Generar la respectiva facturacion diaria de las atenciones prestada a los usuarios en los diferentes servicios mitigando que no se encuentren ingresos abiertos por falta de la factura
11.Responder oportunamente las solicitudes realizadas y asignadas por el área de Facturación en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a la radicación de cuentas o a las diferentes objeciones por devolución y glosas formuladas por las ERP	CUMPLE	Solicitudes por el area de facturacion	responder oportunamente alas solicitudes enviadas desde el area de facturacion encuanto a soportes facturas y demas informacion solicitada.
12.Solicitar la anulación de facturas acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo y en el tiempo definido garantizando el remplazo en menos de 24 horas.	CUMPLE	Anulaciones	hacer envio del formato diario de facturas por anular
13.Realizar la corrección de las facturas devueltas por los Técnicos de manera oportuna, por facturación en un plazo máximo de 12 horas, y por autorizaciones máximo 24 horas posterior a la devolución de la factura especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden inmediatamente dentro del mes de la prestación del servicio	CUMPLE	Asistir alas actividades	asistir y participar en todas las actividades programadas por la sub red sur occidente E.S.E
14.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	Asistir y participar en capacitaciones	Asisitir y pártícipar activamente en las capacitaciones asignadas por la subred para nuestro fortalecimiento y conocimientos.
15.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 como soporte para la certificación de pagos	CUMPLE	Control de actividades	Hacer una buena gestion en cuanto al seguimiento de todas las actividades contractuales que prestamos
16.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	Cuenta de cobro	Generar la respectiva cuenta de cobro con el formato de actividades y sus respectivos soportes, presentarlo en las fechas establecidas por el area de facturacion .
17. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	Procesos y procedimientos	Cumplir acabalidad con los procesos y procedimientos establecidos por la subred sur occidente
18. 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	Planes de contingencia	Activar los planes de contingencia establecidos por el area de facturacion en cuanto se presenten alguna adversidad
19. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas 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	Cumplimiento en los planes de mejoramiento	Dar cumplimiento en los planes de mejoramiento formulados por los entes de control o asu vez por la lider del proceso .
20. 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	Presentacion personal	mantener una adecuada presentacion personal, garantizar el desarrollo de todas las actividades, tener una buena comunicación y actitud frente al usuario interno y externo de la sub red sur occidente
21. Cumplir con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, donde la facturación de servicios y asignación de citas iniciará mínimo 30 minutos previos al inicio de la atención asistencial, es de anotar que la actividad se culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP	CUMPLE	Prestacion de los servicios	cumplir con la prestacion de los servicios de cada uno de los puntos de atencion garantizar la facturacion al 100%
22. 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 o supervisor del contrato	CUMPLE	Conformidades	Tener la mejor disposicion para atender todas las inconformidades con el referente o supervisor de nuestro contrato
23. Responder 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).	CUMPLE	Glosas	garantizar oportunamente la busqueda en soportes solicitados por el area de facturacion y glosas y dar respuesta oportuna con calidad y calidez.
TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.635.806 un millón seiscientos treinta y cinco mil ochocientos seis pesos m/cte.			

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor _____

ALVARO DANNY SARAY MENDEZ CC1024547705

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-08, 04:40:46 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035679353

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8808570280

PAGADO 08/03/2021

EL APORTANTE

al	ALVARO DANNY SARAY MENDEZ		
	CC1024547705	**Dirección**	TRV 63 N 68 B 90 SUR MANZ 3 ETAPA 1
resa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102745169
a	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
nte Legal		**Identificación**	
os	1	**ARP**	ARL SURA

DEL APORTANTE

os del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
pellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
O DANNY SARAY EZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

ES

	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
26	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre	ALVARO DANNY SARAY MENDEZ
Periodo:	01 - 15 DE MARZO DE 2021

Semana/ Actividades	No. Facturas Generadas			Valor Facturas Generadas			No. Facturas Pendientes por entregar mes actual.		Valor Facturas Pendientes por entregar mes actual.		No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor Facturas con remplazo	Facturas Anuladas sin Reemplazo	Valor Facturas Anuladas sin Reemplazo	No. Ingresos Abiertos	Valor Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes
	CAPITA	FFDS	EVENTO	CAPITA	FFDS	EVENTO	FFDS	EVENTO	FFDS	EVENTO											
Semana 1 (1 - 7)	215	2	3	$ 12.650.300	$ 279.700	$ 145.400	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	-	0	0
Semana 2 (08 - 14)	220	0	3	$ 15.757.400	$ -	$ 189.000	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	1	$ 41.900	0	$ -	0	-	-	0	0
Semana 3 (15 - 21)	0	0	0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	-	0	0
Semana 4 (22 - 31)	0	0	0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0	-	-	0	0
Total	435	2	6	$ 28.407.700	$ 279.700	$ 334.400	0	0	$ -	$ -	0	$ -	1	$ 41.900	0	$ -	0	$ -	0	0	0

Facturas Pendientes de MARZO 2021	0	0	$ -	$ -
Facturas Pendientes de otros Meses		0		$ -
Facturas Pendientes entre Años				

Facturas en estado enviada del mes actual: 0 | $ -

Total Facturas Pendientes: - | $ -

Año 2017	-	$ -	Año 2018	$ -	$ -	Año 2019	-	$ -	Año 2020	

Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de MARZO 2021		0		$ -
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de otros Meses		0		$ -
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes entre Años				

Total Anuladas sin Reemplazo: - | $ -

Año 2017	-	$ -	Año 2018	$ -	$ -	Año 2019	-	$ -	Año 2020	

Ingresos Abiertos Pendientes de MARZO 2021		0		$ -
Ingresos Abiertos Pendientes de otros Meses 2021		0		$ -
Ingresos Abiertos Pendientes entre Años				

Total Ingresos Abiertos: - | $ -

Año 2017	-	$ -	Año 2018		$ -	Año 2019	-	$ -	Año 2020	

Verificado Por: (Nombre y firma)		Facturación (Seguimiento hoja de ruta):				Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:		Analista:	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	las facturas anuladas sin reemplazo son ingresos anulados totalmente por sertvicios no prestados

Firma Colaborador: (Contratista)

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 **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		
ALVARO DANNY SARAY MENDEZ FEBRERO.pdf	ALVARO DANNY SARAY MENDEZ FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024547705
NOMBRES	ALVARO DANNY
APELLIDOS	SARAY MENDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	25/09/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/17/2021 11:12:27	Estación de origen:	192.168.70.1

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 AFILIACION
CC	1024547705	SARAY	MENDEZ	ALVARO	DANNY	2014-05	E.P.S SANITAS	BENEFICIARIO
CC	1024547705	SARAY	MENDEZ	ALVARO	DANNY	2021-01	E.P.S SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
E.P.S SANITAS	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7				66 Registros en 7 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

Bogotá DC Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __X___cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
ANGEL SANTIAGO SARAY LUENGAS	1024594904	HIJO	4 AÑOS	JARDIN	LOS PINITOS

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO ___X_____
5. SI _____ NO ___X__ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X___ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO __X_____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __x___ NO_____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___X___

Atentamente

NOMBRE ALVARO DANNY SARAY MENDEZ FIRMA
C.C 1.024.547.705
UNIDAD SUR

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.024.594.904

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56776539

56776539

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 0 8

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CIUDAD BOLIVAR BOGOTA D.C. COLOMBIA CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARAY	MENDEZ

Nombre(s)

ANGEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes DIC Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	18854950-8

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LIENCAS ORJUELA ANA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.010.221.284	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SARAY MENDEZ ALVARO DANNY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.024.547.705	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SARAY MENDEZ ALVARO DANNY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.024.547.705	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes ENE Día 05	JAVIER CAMILO CASTILLA RENTERIA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

LITOGRAFIA DINAMICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 0682952

NUIP 1.024.594.904

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

SARAY LUENGAS ANGEL SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2016	Mes DIC	Día 12	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial
Año 2017	Mes ENE Día 03	0056776539

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

LUENGAS ORJUELA ANA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.010.221.294	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

SARAY MENDEZ ALVARO DANNY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.024.547.705	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

SARAY MENDEZ ALVARO DANNY

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.024.547.705

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C	A 8 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2017 Mes ENE Día 03

19926275-8

Nombre y firma del funcionario

JAVIER CAMILO CASTILLA RENTERIA (E

Registrador del Estado Civil

Scanned by TapScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14725675403

(415)7707212489984(8020) 000001472567540 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 1 0 2 8 1 5	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1024547705	2012/01/04

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SARAY	MENDEZ	ALVARO	DANNY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 63 68 B SUR 90 CA 163 BRR EL ENSUEÑO

42. Correo electrónico: dannysm2016@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 7 4 5 1 6 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 7 1 0 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 11 - 30 / 10 : 30: 42

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SARAY MENDEZ ALVARO DANNY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre: ALVARO DANNY SARAY MENDEZ
Periodo: 01 - 31 DE MARZO DE 2021

Semana/Actividades	No. Facturas Generadas			Valor Facturas Generadas			No. Facturas Pendientes por entregar mes actual.		Valor Facturas Pendientes por entregar mes actual.		No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor Facturas con remplazo	Facturas Anuladas sin Reemplazo	Valor Facturas Anuladas sin Reemplazo	No. Ingresos Abiertos	Valor Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes
	CAPITA	FFDS	EVENTO	CAPITA	FFDS	EVENTO	FFDS	EVENTO	FFDS	EVENTO											
Semana 1 (1 - 7)	215	2	3	$ 12.650.300	$ 279.700	$ 145.400	$ -	$ -	$ -	$ -	1	$ 41.900	1	$ 41.900	0	$ -	0			0	0
Semana 2 (08 - 14)	220	0	3	$ 15.757.400	$ -	$ 189.000	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0			0	0
Semana 3 (15 - 21)	218	4	3	$ 6.274.200	$ -	$ 94.500	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0			0	0
Semana 4 (22 - 28)	159	0	3	$ 12.621.900	$ -	$ 97.300	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0			0	0
Semana 5 (29 - 31)	167	0	0	$ 5.150.728	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	0	$ -	0	$ -	0	$ -	0			0	0
Total	979	6	12	$ 52.454.528	$ 279.700	$ 526.200	0	0	$ -	$ -	1	$ 41.900	1	$ 41.900	0	$ -	0	$ -	0	0	0

Facturas Pendientes de MARZO 2021	0	0	$ -	$ -	Facturas en estado enviada del mes actual	0	$ -
Facturas Pendientes de otros Meses		0		$ -	Total Facturas Pendientes		$ -
Facturas Pendientes entre Años					Año 2017 $ -	Año 2018 $ -	Año 2019 $ -	Año 2020
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de MARZO 2021		0		$ -	Total Anuladas sin Reemplazo		$ -
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes de otros Meses		0		$ -			
Facturas Anuladas sin Reemplazo Pendientes entre Años					Año 2017 $ -	Año 2018 $ -	Año 2019 $ -	Año 2020
Ingresos Abiertos Pendientes de MARZO 2021		0		$ -	Total Ingresos Abiertos		$ -
Ingresos Abiertos Pendientes de otros Meses 2021		0		$ -			
Ingresos Abiertos Pendientes entre Años					Año 2017 $ -	Año 2018 $ -	Año 2019 $ -	Año 2020

Verificado Por: (Nombre y firma)			Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:	Analista:	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:			las facturas anuladas sin reemplazo son ingresos anulados totalmente por servicios no prestados

Firma Colaborador: (Contratista)