

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		KELY JOHANA SIERRA									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		1049432145			
CORREO ELECTRONICO:		Kellyjohanasierra@hotmail.es				CELULAR:		3213504880			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBON					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		CAMI-II				SEDE:		USS FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO03R28	100,00%								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		7380842661						PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3399-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		07 de 07	
NÚMERO DE CDP	1050	FECHA	22/07/20	NÚMERO DE CRP	31314	FECHA	31/07/20
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	8	2020		31	8	2020

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.717.922
-----------------------------	-------------

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:	\$12.025.454
VALOR EJECUTADO	\$12.025.454
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.717.922
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 \$2,194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

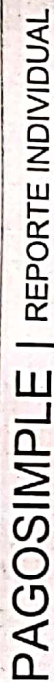
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1031468627	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

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

LUZ MARY TORRES RINCON
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KELY JOHANA SIERRA 1049432145
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Página 1 de 1



Referencia pago(PIN) 8817122520

Período Servicio 202007

Cliente:

PAGADA 2020-08-04

I. DATOS DEL APORTANTE

III. DATOS DEL AFILIADO

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 271.700



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 IDENTIFICACIÓN	1049432145
NOMBRES	KELY JOHANA
APELLIDOS	SIERRA
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	01/03/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/12/2020 10:28:06 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 esta 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](#)

ESTADO 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 DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO								
TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1049432145	SIERRA		KELY	JOHANA	2020-06	EPS FAMISANAR S.A.S.	COTIZANTE
CC	1049432145	SIERRA		KELY	JOHANA	2016-05	EPS FAMISANAR S.A.S.	BENEFICIARIO
CC	1049432145	SIERRA	SIERRA	KELY	JOHANA	2020-04	EPS FAMISANAR S.A.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS				
EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	
EPS FAMISANAR S.A.S.	06/2020	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	05/2020	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	04/2020	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	03/2020	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	02/2020	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	01/2020	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	12/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	11/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	10/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	09/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	08/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	07/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	06/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	05/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	04/2019	30	COTIZANTE	
EPS FAMISANAR S.A.S.	03/2019	30	COTIZANTE	

Señora,

Bogotá, AGOSTO 12 2020

LUZ MARY TORRES RINCÓN

Referente de autorizaciones

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

Asunto: Certificación de Incapacidad

Cordial saludo.

Me dirijo a usted con el objeto de comunicarle bajo la gravedad de juramento que, durante el mes de AGOSTO, yo KELY JOHANA SIERRA con número de identificación: CC. 1049432145 de Guacamayas(BOY), no he recibido incapacidades por parte de mi EPS FAMILIAR y tampoco por parte de la ARL SURA.

Deseo aprovechar esta oportunidad para agradecer la confianza y el apoyo recibido durante mi permanencia en la Subred haciendo parte de la Dirección Financiera bajo el contrato de prestación de servicios No.

Atentamente,

Kely Johana Sierra

Nombres y Apellidos

cc. 1'049.432.145 Guas (Boy)

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA No 08 / 2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KELY JOHANA SIERRA

C.C 1049432145 DE GUACAMAYAS(BOY)

La suma de \$1.717.922, por concepto de: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR
URGENCIAS II-AUTORIZADOR durante el periodo de 01 AL 31 DE AGOSTO de conformidad
con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3399-2020

Kely Johana Sierra
KELY JOHANA SIEERRA

C.C.1049432145 DE GUACAMAYAS (BOY)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7380842661