| 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: | GINA MARCELA TORRES ANGEL | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.026.277.531 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ginitajm@gmail.com | | | | CELULAR: | 3172731013 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.** | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Central de Radicacion | | | | SEDE: | SU40 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: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 10824768507 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| **INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **4733 DE 2021** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **3 DE 3** | | | |
| NÚMERO DE CDP | 31 | **FECHA** | 8/01/2021 | **NÚMERO DE CRP** | 11297 | **FECHA** | 31/01/2021 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 31 | **FECHA** | 8/01/2021 | **NÚMERO DE CRP** | 15886 | **FECHA** | 16/02/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **prestar servicios de apoyo a ala gestion administrativa y/o asistencial en el area de Facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional** | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | **$1.422.440** | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | **Asistencial** | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| **CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $4.267.320 |
| VALOR EJECUTADO | $4.267.320 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.422.440 |
| 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 **$2.271315**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 49512168 | $908.526 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Abril del año Dos Mil veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ**
NOMBRE Y FIRMA LIDER DEL PROCESO

**GINA MARCELA TORRES ANGEL**
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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | CENTRAL DE RADICACION | | | | | **Sede:BOSA** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **4733 de 2021** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 1 | 4 | 2.021 | | 30 | 4 | 2.021 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | GINA MARCELA TORRES ANGEL | | **C. C.** | 1.026.277.531 | | | **DE** | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el Area de Facturacion 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 __X__ NO ____ Servicios: SI __X_ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | 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. | SI | Se Realiza la 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 | se entrega a los tecnicos todas las facturas las cuales ya se les realizaron la verificacion y confirmacion de la entidad responsable del pago de dicha factura |
| 2. Realizar la recepción diaria de las facturas electrónicas o registros de servicios generados por los diferentes puntos de facturación o por el colaborador asignado, correspondiente a los servicios prestados con soporte de reporte generado en el sistema de información (reporte estadístico de facturación o FA-Entrega y recibido de facturas generadas por usuario y la herramienta de control definida). Manteniendo la custodia de la información de la base en medio magnético y los documentos físicos recibidos. | SI | Se realizara la recepcion diaria de facturas,para controlar la entrega del 100% de la facturacion generada | Se informa a los tecnicos y facturadores sobre los lineamientos dados por las diferentes eps-s para la radicacion de cuentas |
| 3.Realizar o verificar el registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, acorde con la normatividad vigente para el armado de cuentas. | SI | Se realiza y se verifica el registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, acorde con la normatividad vigente para el armado de cuentas. | se entrega a la tecina encargada de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, acorde con la normatividad vigente para el armado de cuentas. |
| 4.Realizar o verificar el escaneo de documentos y pantallazos de verificación de derechos de los usuarios al efectuar la validación de las facturas, utilizando la herramienta sistematizada implementada para tal fin (SIES) en el armado de cuenta y verificación de RIPS. " | SI | Diariamente se verifica los documentos clinicos y adminstrativos atraves de las herramientas sumistradas por la intitucion de la facturación asignada de las cuales se identifica las inconsistencias y se direcciona a las áreas pertinentes, para su respectiva gestión. | se valida toda la documentacion de historia clinica, anexos autorizaciones que es entregada por parte de las unidades y se utiliza las herramientas (SIES) de las diferentes entidades para soportar la facturacion a radicar. |
| 5.Llevar a cabo la aplicación de los procedimientos para la verificación de soportes de gestión, consecución, solicitud o códigos de autorizaciones (de acuerdo con la entidad asignada), matriz de contratación y normatividad vigente. | SI | se lleva a cabo la aplicación de los procedimientos para la verificación de soportes de gestión, consecución, solicitud o códigos de autorizaciones (de acuerdo con la entidad asignada), matriz de contratación y normatividad vigente. | se lleva a cabo la aplicación de los procedimientos para la verificación de soportes de gestión, consecución, solicitud o códigos de autorizaciones (de acuerdo con la entidad asignada), matriz de |
| 6.Verificar y/o realizar el cargue, confirmación y soporte de los servicios prestados (Imagenología, laboratorios, Cirugías, entre otros) en las facturas de los usuarios atendidos en los servicios de urgencias y hospitalización, verificando el soporte clínico (historia clínica manual y/o sistematizada), realizando la preparación para apoyar cargue en plataformas y armados de cuenta. | SI | se verifican y se soportan las facturas pendientes de documentos y o procedimientos para la preparacion respecticva del armado de cuenta | se verifican y se soportan las facturas pendientes de documentos y o procedimientos para la preparacion respecticva del armado de cuenta |
| 7. Informar al líder de facturación, las novedades de las facturas devueltas y que se encuentren pendientes por solucionar por las diferentes unidades, las cuales se deben reportar en los medios establecidos para tal fin. | SI | Se informa al líder de facturación, las novedades de las facturas devueltas y que se encuentren pendientes por solucionar por las diferentes unidades, las cuales se deben reportar en los medios establecidos para tal fin. | Se informa al líder de facturación, las novedades de las facturas devueltas y que se encuentren pendientes por solucionar por las diferentes unidades, las cuales se deben reportar en los medios establecidos para tal fin. |
| 8. Realizar el seguimiento de las facturas anuladas pendientes de remplazo y que fueron entregadas para el armado de las cuentas, así como, informar a cada uno de lo referente de las unidades. | SI | Se realiza el seguimiento de las facturas anuladas pendientes de remplazo y que fueron entregadas para el armado de las cuentas, así como, informar a cada uno de lo referente de las unidades. | Se realiza el seguimiento de las facturas anuladas pendientes de remplazo y que fueron entregadas para el armado de las cuentas, así como, informar a cada uno de lo referente de las unidades. |
| 9.Realizar la recepción de facturación remitida por cada una de las unidades de servicios de la Subred, e incluirla en la herramienta asignada para el control. | SI | Se realiza la recepción de facturación remitida por cada una de las unidades de servicios de la Subred, y se incluye en la herramienta asignada para el | Se realiza la recepción de facturación remitida por cada una de las unidades de servicios de la Subred, y se incluye en la |
| 10. Soportar y gestionar soportes de las actividades y procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente, con el fin de completar la documentación para la radicación de facturas electrónicas o registros de servicios. | SI | Se soporta los procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente, con el fin de completar la documentación para la radicación de facturas | Se soporta los procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente, con el fin de completar la documentación |
| 11.Realizar o verificar el escaneo de documentos clínicos y administrativos de las facturas, utilizando los equipos y las herramientas sistematizadas como (SIES), Software, bases, para el armado de cuenta, verificación de validación de RIPS y radicación por plataforma o medios electrónicos implementados por las EAPB de manera oportuna y óptima. | SI | Se realiza y se verifica el escaneo de documentos clínicos y administrativos de las facturas, utilizando los equipos y las herramientas sistematizadas como (SIES), Software, bases, para el armado de cuenta, verificación de validación de RIPS y radicación por | Se realiza y se verifica el escaneo de documentos clínicos y administrativos de las facturas, utilizando los equipos y las herramientas sistematizadas como (SIES), Software, bases, para el armado de cuenta, |
| 12. Realizar la distribución por pagador y entregar a cada uno de los técnicos las facturas con su respectiva relación de acuerdo con las empresas asignada. | SI | Se realiza la distribución por pagador y entregar a cada uno de los técnicos las facturas con su respectiva relación de acuerdo con las empresas | Se realiza la distribución por pagador y entregar a cada uno de los técnicos las facturas con su respectiva relación de |
| 13.Realizar la verificación y el seguimiento de correcciones de las facturas devueltas tanto de la central de radicación como de la unidad asignada en un plazo máximo de 12 horas, en el cual se debe garantizar que queden inmediatamente dentro del mes para ser incluidas en la cuenta de cobro que serán radicadas en las diferente E.P.S. | SI | Se realiza el seguimiento de las facturas devueltas garantizando la correccion oportuna para la radicacion del mes. | Se realiza el seguimiento de las facturas devueltas garantizando la correccion oportuna para la radicacion del mes. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14.Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren para fortalecer la información, las competencias y el conocimiento de la Subred, la socialización y adherencia a los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción, encuestas virtuales entre otros | SI | se asisten a las diferentes actividades y o reuniones para el fortalecimiento y el conocimiento personal y laboral. | se asisten a las diferentes actividades y o reuniones para el fortalecimiento y el conocimiento personal y laboral. |
| 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 | SI | Se cuenta con la base con un consolidado el cual discrimina la facturación recibida, el valor total, el recibido de las diferentes entidades y la facturación con devoluciones con su respectiva observación | Se cuenta con la base con un consolidado el cual discrimina la facturación recibida, el valor total, el recibido de las diferentes entidades y la facturación con devoluciones con su respectiva observación |
| 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 | SI | Realice la adecuada y oportuna presentacion 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 | Presentacion 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 |
| 17.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." | SI | Se notifican las novedades de las entidades prestadoras de servicios de salud para socializar y llevar el manejar del proceso interno, tales como: cambio de razón social, traslados de sedes, cambio de plataforma, habitación de plataformas. | Informa oportunamente al área de facturación las novedades de la entidades asignadas para su respectiva gestión. |
| 18.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario. | SI | Se llevo acabó los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Se realizo los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| 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 las Unidades asignadas. | SI | Se realizaron las actividades asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidade | Se notifica las inconsistencias de las actividades para su respectivo seguimiento y dar solucion al plan de mejora |
| 20. 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. | SI | Se realizaron las actividades asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades | Se realizaron las actividades asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades |
| 21. Mantener una adecuada presentación personal (uso de carnet) en el desarrollo de las actividades, así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo. | SI | De acuerdo al codigo de vestuario se mantiene de manera adecuada la presentacion personal, en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo. | De acuerdo al codigo de vestuario se mantiene de manera adecuada la presentacion personal, en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, |
| 22. Ejecutar las actividades acordes 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 las unidades asignadas, 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. | SI | Se ejecutan todas las actividades según lo programado durante el mes | se ejecutan todas las actividades según lo programado durante el mes |
| 23. 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. | SI | SSe atiende a las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de mis actividades manifestadas por el supervisor | Se llevo a cabo en el mes las no conformidades que se identificaron y se mejora en el desarrollo de estas manifestadas por el supervisor. |
| **OBSERVACIONES:** | | | |
| **TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,422,440( Un millon cuatrocientos veinti dosmil cuatrocientos cuarenta pesos M/CTE.)** | | | |
| NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINA MARCELA TORRES ANGEL 1026277531 | | SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ LIDER DEL PROCESO | |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. | | | |

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 | 1026277531 |
| NOMBRES | GINA MARCELA |
| APELLIDOS | TORRES ANGEL |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACION EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/09/2017 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** 04/15/2021 15:15:15 **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 AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1026277531 | TORRES | ANGEL | GINA | MARCELA | 2017-07 | CAFESALUD E.P.S S.A. | COTIZANTE |
| CC | 1026277531 | TORRES | ANGEL | GINA | MARCELA | 2017-08 | MEDIMAS EPS S.A.S | COTIZANTE |
| CC | 1026277531 | TORRES | ANGEL | GINA | MARCELA | 2021-02 | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE |
| CC | 1026277531 | TORRES | ANGEL | GINA | MARCELA | 2015-11 | SALUDCOOP E.P.S ENTIDAD EN LIQUIDACIàN | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 |

1 2 3 4 5 6 7 8 9

85 Registros en 9 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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026277531 | GINA MARCELA TORRES ANGEL | | CARRERA 69D No. 1-60 SUR APT. 404 INT. 2 | 4692592 | ginitajm@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 15/04/2021 | 49512168 | $281.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830903790-5 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 281.200 | 281.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026277531 | GINA MARCELA TORRES ANGEL | | CARRERA 69D No. 1-60 SUR APT. 404 INT. 2 | 4692592 | ginitajm@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 15/04/2021 | 49512168 | $281.200 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1026277531 | TORRES ANGEL GINA MARCELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 908.526 | 113.600 | 14-11 | 908.526 | 3 | 22.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. **Ejecución del Contrato**
8. Modificaciones del Contrato
9. 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | cta cobro febrero.pdf | cta cobro febrero.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cta marzo.pdf | cta marzo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

**Datos guardados**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**GINA MARCELA TORRES ANGEL**

**C.C 1.026.277.531 DE Bogotá**

La suma de un millón cuatrocientos veintidós mil cuatrocientos cuarenta pesos m/cte. $1.422.440, 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. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 30 de Abril de 2.021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4733-2021

**GINA MARCELA TORRES ANGEL**
**C.C 1.026.277.531 DE Bogotá**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**
**NUMERO 10824768507**