Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL
No. Identificación: CC1019082457
Dirección: KR 90 A
Telefono: 3195899864
Correo: PAULINALEAL0508@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8352301395

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1019082457	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2021
Número de planilla	8352301395	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2021
Fecha pago	2021-08-12	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	49069661	**Total Pagado**	281200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

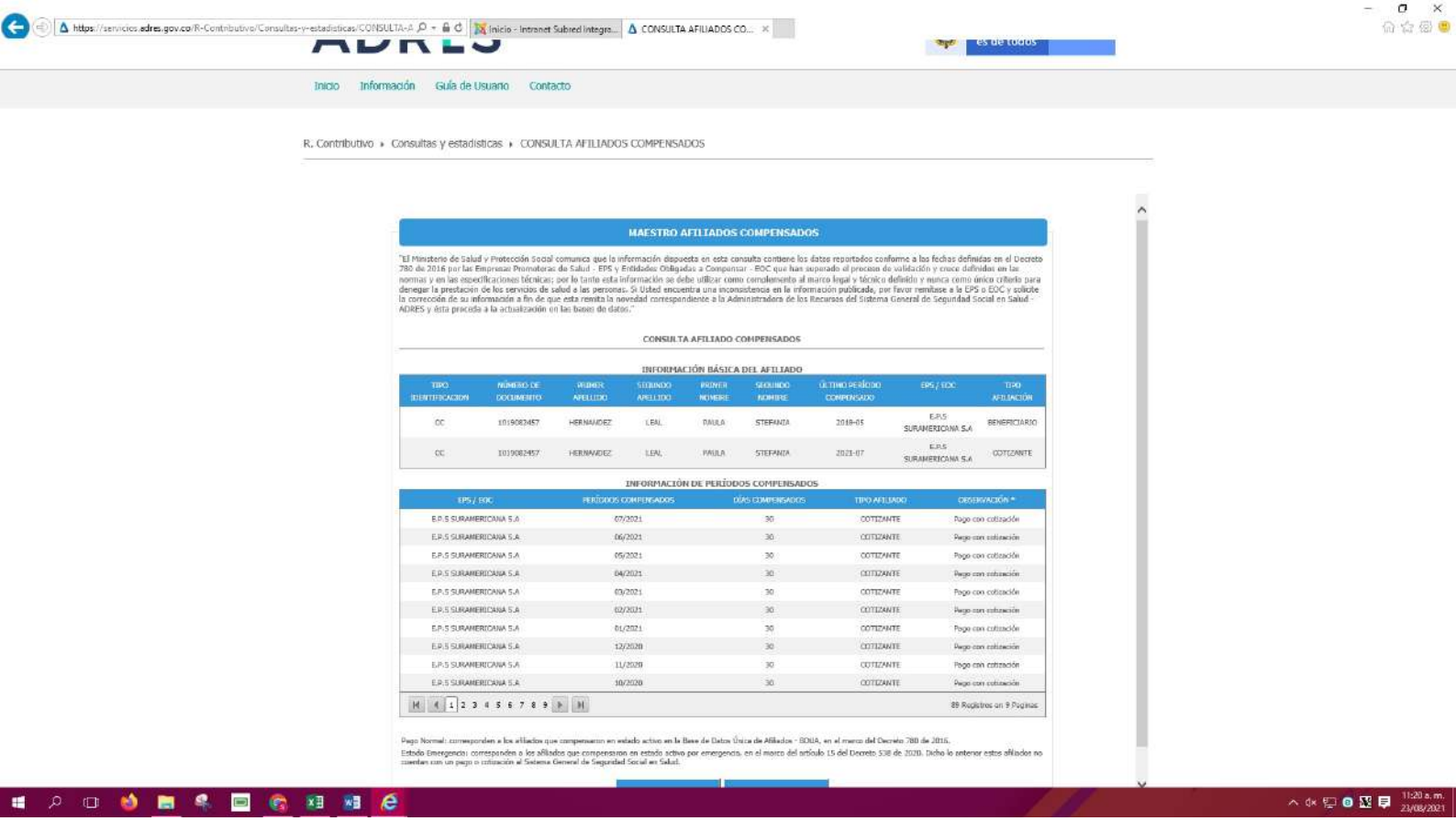
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
231001	Colfondos	145400	1
EPS010	EPS Sura	113600	1

8352301395

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019082457
APELLIDOS Y NOMBRES: PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	231001	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

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


https://servicios.adres.gov.co/R-Contributivo/Consultas-y-estadisticas/CONSULTA-A
Inicio - Intranet Subred Integra...
CONSULTA AFILIADOS CO...
Inicio
Información
Guía de Usuario
Contacto
R. Contributivo ▸ Consultas y estadísticas ▸ 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
NUMERO DE DOCUMENTO
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO
EPS / EOC
TIPO AFILIACIÓN
CC 1019082457 HERNANDEZ LEAL PAULA STEFANIA 2018-05 E.P.S SURAMERICANA S.A BENEFICIARIO
CC 1019082457 HERNANDEZ LEAL PAULA STEFANIA 2021-07 E.P.S SURAMERICANA S.A COTIZANTE
INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS
EPS / EOC
PERÍODOS COMPENSADOS
DÍAS COMPENSADOS
TIPO AFILIADO
OBSERVACIÓN *
E.P.S SURAMERICANA S.A 07/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 06/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 05/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 04/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 03/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 02/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 01/2021 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 12/2020 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 11/2020 30 COTIZANTE Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A 10/2020 30 COTIZANTE Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9
89 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.
11:20 a. m.
23/08/2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

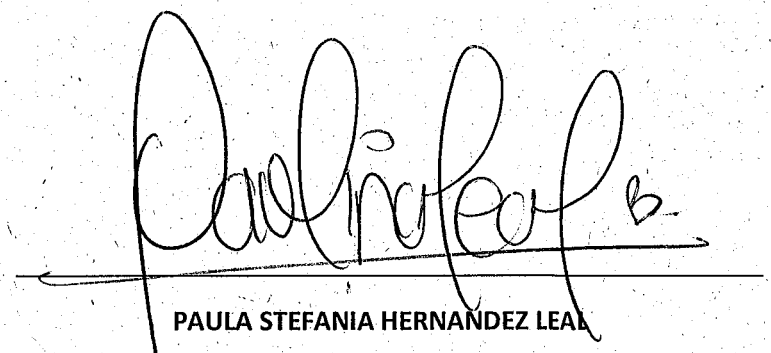
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL

C.C 1019082457 DE Bogotá

La suma de un millón seiscientos treinta y cinco mil ochocientos seis pesos m/cte ($1.635.806), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO SECOP, durante el periodo de 1 al 31 AGOSTO de 2021. De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4732-2021.



PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL

C.C 1019082457 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570472970053790

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018
	Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA STEFANIA HERNANDEZ LEAL							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1019082457		
CORREO ELECTRONICO:	paulinaleal0508@hotmail.com				CELULAR:	3195899864		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU40R23	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	472970053790					PENSIONADO	No	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4732			VIGENCIA	2021		
NÚMERO DE CDP	1100	FECHA	2021-07-22 10:15:50.000	NÚMERO DE CRP	41681	FECHA	2021-07-31 15:10:12.000
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesitades de institución.						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2021-07-01		2021-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,635,806				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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:	$9,814,836
VALOR EJECUTADO	$9,814,836
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,635,806
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
51634829	$654,322	$81,790	$104,692	3	$15,939	$202,421

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

ADRES

