	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:	RUTH ELENA DE LA CRUZ FARIAS MOLANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	41682306							
CORREO ELECTRONICO:	ruthelena1958@yahoo.es				CELULAR:	3153009408							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ENFERMERIA				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	I-13	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570122515								PENSIONADO	SI			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	2561/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7				
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	34130	FECHA	31/07/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA ESPECIALISTA EN ENFERMERIA ONCOLOGICA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2018		31	8	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.678.522										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	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:	$25.171.566
VALOR EJECUTADO	$25.171.566
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.678.522
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 **$1.953.105**, 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
8481873566	$1.471.408,00	$183.926		3	$34.435	**$218.361**

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de agosto del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA TULIA RINCON SALCEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RUTH ELENA DE LA CRUZ FARIAS MOLANO
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	03/04/2017	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CLINICA DEL DOLOR - ONCOLOGIA			**Sede: KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	2561/18	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FARIAS MOLANO RUTH ELENA DE LA CRUZ		**C. C.**	41.682.306		**DE**	BOGOTA		

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 **PROFESIONAL DE ENFERMERIA ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos pacientes hospitalizados, ambulatorios. -6..Revisar Historias Clínicas S/normas Institucionales. -7.Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. -8. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -9. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -10. Programar pacientes para la realización de procedimirntos intervencionistas de analgesia -11. Recibir pacientes en la consulta de clinica del dolor verificando la orden y la factura correspondiente. -12. Atender los pacientes para brindarles confort durante la atencion en los tratamientos de acupuntura –13. Realizar los procedimientos de enfermería, que ameriten los usuarios-14. Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/ó familia -15. Estar atento a la Realizar el consentimiento informado cuando el paciente lo requiere. -16. Realizar educacion a los pacientes y familia de cuidados paliativos en el manejo ambulatorio para el cuidado en casa sobre el manejo de sintomas , administracuin de madicamentos e hidratacion por cateter subcutaneo. -17. Asignacion de citas para agendamiento de las consultas de acupuntura en la unidad de dolor y cuidado paluativo. 18. Priorizacion de pacientes de primera vez en los tratamientos de acupuntura. -19. Gestion del riesgo de pacientes procedentes de diferentes EPS e IPS -26. Realizar formulas de insumos necesarios para los procedimientos intervencionistas y colocacion de cateteres subcutaneo. -20. Revisar paquetes para la realizacion de los procedimientos.	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Revisar Historia Clinica,Revisar fórmulas de medicamentos, Registra plan de cuidado, Registro de notas en pacientes paliativos cuando hay egreso. 3-Programación de pacientes para acupuntura. 4-Realizar comunicaciones internas 5-Control procedimientos intervencionistas para manejo del dolor	1-Anecdotario de intervencion a familias 2-Registro enHistorias Clinicas de pacientes egresados para manejo paliativo. 3-Registro de enfermeria con firma .4 tegistro de los procedimientos intervencionictas realizados
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -12.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -13.Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. -14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción , destrucción, ocultamiento o utilización indebida. -15. Realizar los indicadores de gestion de la Unidad de Oncologia. -16. Actualizar los protocolos de CLICICA DEL DOLOR el sistema ALMERA. -17. Realizar las estadisticas de la consulta se Clinica del Dolor. -18. Realizacion de comunicaciones internas y externas según necesidad. -19. Reporte de oportunidad de consulta.	100%	1-Realizar los procedimientos de enfermeria asignados al profesional 2-Realizar las estadisticas de la consulta de clicica del dolor 3-Registros de indicadores de Clinica del Dolor Realizar la actualizacion de los procesos procedimientos y protocolos de clinica del dolor	1-Bitacora 2- Estadistica de la consulta en el sustema 3-Entrega de indicadores a entes correspondientes.
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: -205. Atender las necesidades del equipo de trabajo. -21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22.Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.2-4. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Verificar la realizacion del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: -26. Aplicar los principios de técnica aséptica.-27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	100%	1-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad	1-Asignacion de desinfeccion 2-Verificacion terminal fin de semana diario
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: -29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados.-31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. -32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.-34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-35.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. 36.Gestionar con farmacia y el almacen los medicamentos necesarios para la realizacion de procedimientos. -37. Supervision de inventario de consultorios.	100%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clinicas de los pacientes	1-Libro de inventario firmado por el profesional
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: -39 Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 40. Identificar necesidades de capacitación detrás de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio	1-Formato de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.678,522 (TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS MCT.)

Ruth Elena Farias 41682306

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 04/08/2018

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41682306		FARIAS MOLANO RUTH ELENA DE LA CRUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL38BIS SUR 33-70INT4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7203831	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	1000001350	8481873566	I	2018/08/02	2018/08/08	BANCO BOGOTA	6	$221.000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,900	$200	$0	$36,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$35,900	$200	$0	$36,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$184,000	$900	$0	$184,900
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$184,000	$900	$0	$184,900
TOTAL				1	$219,900	$1,100	$0	$221,000

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41682306		FARIAS MOLANO RUTH ELENA DE LA CRUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL38BIS SUR 33-70INT4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7203831	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	1000001350	8481873566	I	2018/08/02	2018/08/08	BANCO BOGOTA	6	$221,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$35,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$35,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$35,900		$0	$0
1	CC 41682306	FARIAS RUTH		0	$0	$0	EPS001	30	$1,472,000	$184,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,472,000	$35,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$35,900		$0	$0

PAGADO

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES BOGOTA SUR

En BOGOTA a los 30 días del mes de **Julio** de **2014** Se presentó Ruth Elena De la cruz Farias Mojano identificado con la C.C.No 41682306 en calidad de interesado X, tercero autorizado, ___apoderado ___, con tarjeta Profesional No. _____ del CS.J., con el fin de notificarse de la Resolución No. 266698. De fecha 24 jul 2014, mediante la cual se reconoce pension vejez.

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI _____ NO _____, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8° de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Articulo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si ____ No___. Observaciones

_____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 41682306

EL NOTIFICADOR
C.C. 15.610.829 Tierralta

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES BOGOTA SUR

En Bogotá a los 11 días del mes de febrero de 2015 se presentó Farias molano ruth elena de la cruz identificado con la C.C.No 41682306 en calidad de interesado X, tercero autorizado, ___apoderado ___, con tarjeta Profesional No. _____ del CS.J., con el fin de notificarse de la Resolución No. 16520 De fecha 26 enero 2015, mediante la cual se reconoce y ordena el pago de una pension vejez

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI _____ NO _____, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8° de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Articulo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si X No___. Observaciones

_____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 41682306

EL NOTIFICADOR
C.C. 1.024.467.555

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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	41682306
NOMBRES	RUTH ELENA DE LA CRUZ
APELLIDOS	FARIAS MOLANO
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	ALIANSALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2002	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 08/08/2018 11:08:02 | **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 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 la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 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. Sí 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 al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	41682306	FARIAS	MOLANO	RUTH	ELENA DE LA CRUZ	2018-08	ALIANSALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	41682306	FARIAS	MOLANO	RUTH	ELENADELACRUZ	2017-03	ALIANSALUD E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
ALIANSALUD E.P.S.	08/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	07/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	06/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	05/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	04/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	03/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	02/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	01/2018	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	12/2017	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	11/2017	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	10/2017	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023
ALIANSALUD E.P.S.	09/2017	01/04/2015	30	COTIZANTE	4023