| 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | FELIX MIGUEL ALVAREZ HOYOS | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1005680418 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | alvarezfelito@gmail.com | | | | CELULAR: | 3233292799 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | 04- FONTIBON | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FACTURACION | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | R23 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 007300856718 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4401 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 DE 8 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1922 | FECHA | 28/11/2018 | NÚMERO DE CRP | 47857 | FECHA | 30/11/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios como poyo administrativo facturador consulta externa I a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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 | 12 | 2018 | | 31 | 12 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.437.000 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

**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: | $10.777.500 |
| VALOR EJECUTADO | $10.059.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.437.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $718.500 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31674742 | 781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | $241.800 |

Dado en Bogotá a los (31 ) días del mes de Noviembre del año dos mil Dieciocho 2018 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CARLOS ENRIQUE HERRERA MENDEZ
NOMBRE Y FIRMA LIDER DE PROCESO

FELIX MIGUEL ALVAREZ HOYOS
FACTURADOR
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

FORMATO DE ACTIVIDADES

| 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:** | FACTURACION | | | | | | **Sede: BOSTON** | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4401-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 12 | 2018 | | 31 | 12 | 2018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | FELIX MIGUEL ALVAREZ HOYOS | | **C. C.** | 1.005.680.418 | | **DE** | San Marcos (Sucre) | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO :Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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; como facturador consulta externa I**

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| a. Conocer e interiorizar los procedimientos y actividades para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos del area de Radicacion, establecidos por la Subred. | 100% | Se Conoce e interioriza los procedimientos y actividades para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos del area de Radicacion, establecidos por la Subred. | Se llevo a cabo de los procedimientos para la correcta radicacion. |
| b. Recepcion y organización de las facturas de acuerdo a la remision realizada por cada Unidad efectuando el debido seguimiento y clasificacion en la hoja de ruta del aplicativo para efectuar la distribucion interna de las mismas por cada responsable. | 100% | se recibe se verifica y se organiza cada una de las facturas recibidas de las diferentes unidades según su pagador | Se arman y clasifican las cuentas a medida que se van recepcionando en el centro de acopio |
| c. Ejercer el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | 100% | Se ejercio el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | Se realiza seguimiento a la entrega de facturas de acuerdo a los procedimientos asignados de la subred. |
| d. Revisar y conciliar semanalmente la facturacion reportada por el tecnico encargado de informes para el seguimiento a la facturas recepcionadas en estado remitido, activo, enviado , devuelto en el aplicativo en el centro de acopio de la subred. | 100% | Se Revisó y concilió semanalmente la facturacion reportada por el tecnico encargado de informes para el seguimiento a la facturas recepcionadas en estado remitido, activo, enviado , devuelto en el aplicativo en el centro de acopio de la subred. | Semanalmente de hace seguimiento al informe entregado por el tecnico encargado de la hoja de ruta, dando respuesta oportuna. |
| e. Armado de cuenta en el sistema por medio de remision de cada una de los pagadores asignados con los requisitos establecidos en la Resolucion 3047 de 2008: Copia de las facturas, autorizacion, soportes de H.C y paraclinicos, informes QX, epicrisis y hojas de tratamiento. | 100% | Se realizó armado de cuenta en el sistema por medio de remision de cada una de los pagadores asignados con los requisitos establecidos en la Resolucion 3047 de 2008: Copia de las facturas, autorizacion, soportes de H.C y paraclinicos, informes QX, epicrisis y hojas de tratamiento. | Se verifica se arma y se remiten las facturas según los lineamientos de la eps y lo establecido por la resolucion 3047 de 2008 para la efectica radicacion. |
| f. Efectuar de acuerdo al lineamiento establecido por el lider y supervisor el cierre parcial y o mensual de las cuentas de cobro para radicacion | 100% | Se efectua de acuerdo al lineamiento establecido por el lider y supervisor el cierre parcial y o mensual de las cuentas de cobro para radicacion | Se realiza la totalidad de la radicacion asignada ante las eps y se informa al lider de aquellas cuentas que no fueron recibidas por la eps. |
| g. Realizar la entrega del archivo plano de las remisiones hechas mensualmente de acuerdo a los cortes establecidos por el lider y supervisor del area. | 100% | Se realiza la entrega del archivo plano de las remisiones hechas mensualmente de acuerdo a los cortes establecidos por el lider y supervisor del area. | Se entrega informe con todas las remisiones de lo radicado durante el mes |
| h. Solicitud de RIPS al area competente de las cuentas realizadas. | 100% | Se realiza Solicitud de RIPS al area competente de las cuentas realizadas. | se realiza la radicacion de cuentas con sus respectivos rips. |
| i.Organizacion y orden en el alistamiento de las cuentas para su deposito en el archivo mientras surte su proceso de radicacion | 100% | Se organiza y se ordena en el alistamiento de las cuentas para su deposito en el archivo mientras surte su proceso de radicacion | se realiza la organización de las cuentas recibidas y se ubican dentro del deposito de archivo de radicacion. |
| j.Gestionar la radicacion de las cuentas de cobro dentro de los veinte (20) primeros dias para el cumplimiento de las metas de recaudo institucional, realizando el cambio del estado de las facturas en el aplicativo a radicadas. | 100% | Se gestiona la radicacion de las cuentas de cobro dentro de los veinte (20) primeros dias para el cumplimiento de las metas de recaudo institucional, realizando el cambio del estado de las facturas en el aplicativo a radicadas. | Se lleva a cabo la radicacion de cuentas teniendo en cuenta el cronograma para cada una de las eps. |
| k. Apoyar la conciliacion de las cuentas generadas con el tecnico en el momento en que se requiera. | 100% | Se apoya la conciliacion de las cuentas generadas con el tecnico en el momento en que se requiera. | se realizo conciliacion con el tecnico según lo requerido por el lider. |
| l. Solicitar anulaciones y hacer seguimiento a las refacturaciónes de las facturas devueltas de cada unidad por parte del responsable de las mismas. | 100% | Se Solicita anulaciones y hacer seguimiento a las refacturaciónes de las facturas devueltas de cada unidad por parte del responsable de las mismas. | Se solicito las anulaciones pertinentes de las facturas devueltas por inconsistencias. |
| m. Entregar al Líder de Facturación, informes periódicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma. | 100% | Se entregar al Líder de Facturación, informes periódicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma. | Se hace entrega de los informes solicitados por el lider donde se informa la facturacion pendiente por radicar |
| n. Generar y entregar a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias en la radicacion de cuentas y así mismo, generar acciones de mejora. | 100% | Se genera y entrega a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias en la radicacion de cuentas y así mismo, generar acciones de mejora. | Se hace entrega de los informes solicitados por el lider donde se informa los avances, procedimeintos e inconsistencias de la radicacion. |
| ñ. Realizar las demas actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de la ejecucion del contrato, acordes con el objeto del mismo. | 100% | Se realiza las demas actividades que lo sean asignadas por quien ejerce el control de la ejecucion del contrato, acordes con el objeto del mismo. | Se realizo las demas actividades impuestas por el lider del proceso. |
| o. Apoyar y participar en las actividades programadas por las diferentes areas de las Subred.(Reuniones,Capacitaciones,Reinducciones y aquellas que sean requeridas). | 100% | Se Apoyó y participó en las actividades programadas por las diferentes areas de las Subred.(Reuniones,Capacitaciones,Reinducciones y aquellas que sean requeridas). | Se cumplio con cada una de las actividades asignadas por la subred. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):** 1. 4 3 7 0 0 0 **UN MILLON CUATROCIENTOS TREITA Y SIETE MIL PESOS M/CTE**

FELIX MIGUEL ALVAREZ HOYOS C.C 1.005.680.418 de San Marcos Sucre

Fecha 1Diciembre-2018 Firma de recibido

supervisor:

CARLOS HERRERA MENDEZ Lider del PROCESO

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

mpensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | 1005680418 | FELIX MIGUEL ALVAREZ HOYOS | | CRA 93D # 128C -09 | 4860033 | alvarezfelito@gmail.com | |
| CIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| | 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 | |
| 2018-11 | 2018-11 | I | 05/12/2018 | 31674742 | $241.800 | |

## LES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| 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 | | | | | |
| EPS-S Mutual Ser | 806008394-7 | 97.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 97.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Colfondos | 800227940-6 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 125.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| 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 | | | | | | | | | | |
| ARP Sura | 800256161-9 | 19.100 | | | | 19.100 | 0 | 0 | 19.100 | | | 191 | 19.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| F | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| te | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| | 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 | 97.700 | 97.700 |
| Pensión | 1 | 125.000 | 125.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.100 | 19.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 241.800 | 241.800 |

PAGADA 31674742

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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS DEL APORTANTE

| ›O | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 1005680418 | FELIX MIGUEL ALVAREZ HOYOS | | CRA 93D # 128C -09 | 4860033 | alvarezfelito@gmail.com | |
| :MA TACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| CA | 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 | |
| 2018-11 | 2018-11 | I | 05/12/2018 | 31674742 | $241.800 | |

## : COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | 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 |
| ALVAREZ HOYOS FELIX MIGUEL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 781.242 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC07 | 781.242 | 97.700 | 14-28 | 781.242 | 3 | 19.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# 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
## 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 | 1005680418 | ALVAREZ | HOYOS | FELIX | MIGUEL | 2018-10 | ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 10/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 09/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 08/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 07/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 06/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 05/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 04/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 03/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 02/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 01/2018 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 12/2017 | 30 | COTIZANTE |

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 10/2017 | 30 | COTIZANTE |
| ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. -CM | 09/2017 | 16 | COTIZANTE |

Volver a Consultar

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

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

# 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 | 1005680418 |
| NOMBRES | FELIX MIGUEL |
| APELLIDOS | ALVAREZ HOYOS |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | SUCRE |
| MUNICIPIO | SAN MARCOS |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S. - CM | CONTRIBUTIVO | 19/02/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 12/10/2018 07:54:53 | Estación de origen: | 190.248.8.194 |
|---|---|---|---|

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