

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80152532
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JAIME ALBERTO ARIZA GALVIS		
CIUDAD/MUNICIPIO:		BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:		CALLE 81 SUR 98-24	TELÉFONO:	3193738
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7881493571	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD:	AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/06/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2137683617

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 263.500
SUBTOTAL:			1	\$ 263.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 205.900
SUBTOTAL:			1	\$ 205.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 40.200
SUBTOTAL:			1	\$ 40.200

VALOR SIN MORA:	\$ 505.300
VALOR MORA:	\$ 4.300
TOTAL PAGADO:	\$ 509.600



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	80152532
NOMBRES	JAIME ALBERTO
APELLIDOS	ARIZA GALVIS
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	08/12/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/14/2023 14:33:28 | Estación de origen: | 192.168.70.220

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.

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	80152532	ARIZA	GALVIS	JAIME	ALBERTO	2019-11	FAMISANAR E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	80152532	ARIZA	GALVIS	JAIME	ALBERTO	2023-04	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS												
EPS / EOC			PERÍODOS COMPENSADOS				DÍAS COMPENSADOS		TIPO AFILIADO		OBSERVACIÓN *	
FAMISANAR E.P.S.			04/2023				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			03/2023				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			02/2023				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			01/2023				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			12/2022				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			11/2022				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			10/2022				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			09/2022				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			08/2022				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
FAMISANAR E.P.S.			07/2022				30		COTIZANTE		Pago con cotización	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...											124 Registros en 13 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.

					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:			JAIME ARIZA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80152532
CORREO ELECTRONICO:			arizajaime44@gmail.com			CELULAR:		3213398852
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			500077177				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3214			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1413	FECHA	2023-06-22 14:38:22.000		NÚMERO DE CRP	32801	FECHA	2023-06-30 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2023-06-01			2023-06-30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$3,952,915			
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:					\$17,155,139			
VALOR EJECUTADO					\$17,155,139			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$3,952,915			
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	
7881493571	\$1,632,838	\$204,105		\$261,254	3	\$39,776	\$505,135	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ 65698520 Supervisor								
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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, liquidación de cuenta, generación de facturas electrónicas y registros de servicios en el Sistema de Información o aplicativos (SIES) o el que defina la Institución.		
Realizar revisión de los traslados APH que cumplan con los requisitos para ser facturados.		
Realizar y/o verificar la admisión para el ingreso del usuario o para la generación de las facturas aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia), actualización de datos, verificación de entidad responsable de pago y contratación vigente (matriz de contratación), registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciamiento de los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, verificación de la preliquidación hasta la generación de factura, acorde con la unidad que se asigne y los cambios normativos para estas atenciones.		
Realizar la entrega de los traslados facturados a la referente encargada de la organización y distribución.		
informar oportunamente a la referente encargada de APH las inconsistencias evidenciadas en cada traslado.		
<p style="text-align: center;">SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ 65698520 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

					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:				JAIME ARIZA				
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.	80152532
CORREO ELECTRONICO:				arizajaime44@gmail.com			CELULAR:	3213398852
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			500077177				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3214			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1413	FECHA	2023-06-22 14:38:22.000		NÚMERO DE CRP	32801	FECHA	2023-06-30 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2023-06-23			2023-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$930,096				
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:						\$18,085,275		
VALOR EJECUTADO						\$18,085,275		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$930,096		
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	
7881493571	\$1,581,166	\$197,646		\$252,987	3	\$38,517	\$489,150	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ 65698520 Supervisor								
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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, liquidación de cuenta, generación de facturas electrónicas y registros de servicios en el Sistema de Información o aplicativos (SIES) o el que defina la Institución.	Realicé la auditoria administrativa de las salidas reportadas por los facturadores de la unidad, garantizando una correcta validación de los cargues evidenciados en la prefectura contra los servicios contenidos en la historia clínica.	Soporte de prefectura Correo electronico de la notificación de auditoria en linea.
Realizar revisión de los traslados APH que cumplan con los requisitos para ser facturados.	Se realiza la verificación de facturas revisando los traslados correspondiente al mes	.Soporte de prefectura Correo electronico de la notificación de auditoria en linea.
Realizar y/o verificar la admisión para el ingreso del usuario o para la generación de las facturas aplicando los ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia) , actualización de datos, verificación de entidad responsable de pago y contratación vigente (matriz de contratación), registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciamiento de los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS, verificación de la preliquidación hasta la generación de factura, acorde con la unidad que se asigne y los cambios normativos para estas atenciones.	Realicé las actividades de contingencia asignadas en los tiempos establecidos según los requerimientos presentados en el area de facturación de la subred. Realice las actividades de plan de contingencia ante las diferentes circunstancias de las liquidaciones de las E.P.S.	Facturas armadas. Archivo en medio magnetico.
Realizar la entrega de los traslados facturados a la referente encargada de la organización y distribución.	Realizar la entrega de los traslados facturados a la referente encargada 5. informar oportunamente a la referente encargada	Se realiza la respectiva facturación
informar oportunamente a la referente encargada de APH las inconsistencias evidenciadas en cada traslado.	Informar oportunamente a la referente encargada	Se factura se realiza una entrega de facturas con numero de ingreso y soportes respectivos
<p style="text-align: center;">SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ 65698520 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		