| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Angie Katherine Garcia Rodriguez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1026288699 | |
| CORREO ELECTRONICO: | kathegarcia.ts@gmail.com | | | | CELULAR: | 3053633709 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ATENCION DOMICILIARIA SALUD MENTAL OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10I18-2 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24081067053 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6642 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2938 | FECHA | 2023-11-29 16:47:05.000 | NÚMERO DE CRP | 66198 | FECHA | 2023-11-30 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TRABAJADOR SOCIAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-11-01 | | 2023-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,355,477 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $63,312,024 |
| VALOR EJECUTADO | $51,163,507 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,355,477 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $12,148,517 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 81% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72125645 | $1,342,191 | $167,774 | $214,751 | 3 | $32,696 | $415,220 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VANESSA MORALES HOYONES
52078629
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

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar las actividades clínicas de orientación al paciente, su familia y a comunidad en cuanto al concepto en relación a la pertinencia de su profesión | Realización de valoraciones y orientaciones a los pacientes, familias y comunidad de los casos atendidos a solicitud del CRUE. | Historia clinica |
| 2.Promover el proceso de registro y captura adecuada de información para gestionar un adecuado servicio al ciudadano | Realización, verificación y entrega de historias clínicas y demás formatos del programa de salud mental y violencia contra la mujer. | Historia clínica, formatos de consentimiento, disentimiento y solicitudes de interconsultas. |
| 3. Apoyar el Sistema de Quejas y Soluciones (SDQS) y los demás requeridos para el funcionamiento de la política del servicio al ciudadano | N/A | N/A |
| 4. Garantizar la entrega oportuna de reportes e informes de avances sobre actividades asignadas | Realizar la entrega de los reportes e informes sobre los avances de las actividades asignadas | Reportes e informes de los avances sobre las actividades asignadas. |
| 5. Realizar (autocontrol) control interno sobre sus actividades propias | Realizar el proceso de autocontrol de las actividades propias | Control interno en las actividades propias propuestas por la Subred. |
| 6. Brindar respuesta oportuna y seguimiento a usuarios con Barreras de Acceso a los servicios de salud | Generar las respuestas oportunas y los seguimientos correspondientes a los usuarios que presentan barreras de acceso a salud. | Respuestas oportunas y seguimientos a los usuarios que presentan barreras de acceso a salud. |
| 7. Realizar las actividades de orientación, apoyo en conjunto con psicólogo de acuerdo a los casos asignados por el CRUE según su condición clínica | Brindar actividades de orientación en trabajo conjunto con psicología en los casos asignados por el CRUE. | Trabajo interdisciplinario con psicología para la atención y orientación de los casos asignados por el CRUE |
| 8. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Dar cumplimiento a todas las disposiciones legales y éticas en el manejo de las historias clínicas. | Historia clinica |
| 9. Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios del programa de salud mental (Historia Clínica de valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, cadena de custodia, interconsulta, fórmula médica etc.) los registros se deben realizar en el sistema asignado inmediatamente sea valorado el paciente | Realización, verificación y entrega de historias clínicas y demás formatos del programa de salud mental y violencia contra la mujer. | Historia clínica, formatos de consentimiento, disentimiento y solicitudes de interconsultas. |
| 10. Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Realización, registro, verificación y entrega de historias clínicas y demás formatos e informes del programa de salud mental y violencia contra la mujer. | Historia clínica, formatos de consentimiento, disentimiento y solicitudes de interconsultas. |
| 11. Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participación en actividades de la Subred. | Control de asistencia en actividades propuestas por la Subred. |
| 12. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporte de eventos de notificación obligatoria. | Reporte según el conducto regular en casos de eventos de notificación. Reporte en observaciones de entrega y recibido de turno. |
| 13. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notificación de retroalimentaciones en el servicio para la creación de implementación de acciones de mejora. | Notificación según el conducto regular en caso de retroalimentaciones en el servicio. |
| 14. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Diligenciamiento de formatos, instrumentos y herramientas del área de Trabajo Social. | Formatos e historias clínicas. Reporte de entrega y recibido de turno. |
| 15. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Intervención en Trabajo Social a los usuarios, atendiendo sus necesidades en el área de salud mental y violencia contra la mujer. | Valoración social a pacientes. Historia clínica. |
| 16. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Intervención a los usuarios y su grupo familiar, enfatizando lectura de caso, plan de manejo, intervenciones, y recomendaciones. | Valoración a pacientes y valoración al grupo familiar. Historia clínica. |
| 17. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Elaboración de informe mensual de actividades. | Informe mensual de actividades. |
| 18. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | Buen uso de los elementos entregados para el desempeño del cargo. | Cumplimiento de turno asignado. |
| 19. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Participación en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y demás eventos. | Control de asistencia en actividades propuestas por la Subred. |
| 20. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Cumplimiento a los procedimientos institucionales de la Subred. | : Seguimiento a las instrucciones de coordinación. |
| 21. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Apoyo a la Subred en actividades inter y extra institucionales. | Seguimiento a las instrucciones de coordinación. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrega de constancia de aseguramiento al sistema de seguridad social en salud y pensiones mensualmente. | Anexos de aseguramiento al sistema de seguridad social en salud y pensiones mensual. |
| 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Realización de las demás actividades asignadas y acordes con el objeto contractual. | Seguimiento a las instrucciones de coordinación. |
| 24. Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente del paciente con propósitos de regulación médica y orientación en relación al paciente, brindar información relevante de situaciones de emergencia al médico regulador, directivos del centro regulador | Trabajo interdisciplinar y dialogado en coordinación con CRUE, según propios criterios del saber de Trabajo Social, atendiendo reportes radiales. | Trabajo interdisciplinar y dialogado en coordinación con CRUE, según propios criterios del saber de Trabajo Social, atendiendo reportes radiales. |
| 25. Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas, incluyendo capacitaciones | Cumplimiento de actividades designadas y programadas según los turnos asignados. | Cumplimiento de turno asignado. Reporte de entrega y recibido de turno. |
| 26. Portar de manera decorosa las prendas institucionales, junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente | Porte de elementos institucionales de acreditación como trabajador de la Subred. | Cumplimiento de turno asignado con elementos institucionales. |
| 27. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. | Cumplimiento de manual de bioseguridad. | Uso de elementos de bioseguridad según manual. |
| 28. Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivita en el programa de salud mental | Apoyo continuo hacia el programa de salud mental. | Cumplimiento de turno asignado. Seguimiento a las instrucciones de coordinación. |
| 29. Informe y registro oportuno de datos críticos. Y Reporte y registro de sucesos de seguridad. | Reporte y registro de datos críticos, eventos de seguridad y estado de equipos biomédicos. | Cumplimiento de turno asignado. Reporte de entrega y recibido de turno. |
| 30. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Cumplimiento de procesos, procedimiento, guías, formatos y protocolos requeridos para el correcto desempeño del cargo. | Cumplimiento de turno asignado. Seguimiento a las instrucciones de coordinación. |
| 31. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades | Cumplimiento del manejo confidencial e información sensible garantizando la seguridad de los pacientes. | : Historia clínica. Valoración interdisciplinar a pacientes. |
| 32. Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. | Trabajo interdisciplinar y dialogado en coordinación con CRUE, garantizando la respuesta de despachos y llamados generados por el CRUE. | Cumplimiento de turno asignado. Seguimiento a las instrucciones de coordinación. Historia clínica. Reporte de entrega y recibido de turno. |
| 33. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional | Cumplimiento de políticas de calidad institucional. | Cumplimiento de turno asignado. Seguimiento a las instrucciones de coordinación. |
| 34. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | : Participación en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Control de asistencia en actividades propuestas por la Subred. |
| 35. Registrar todos los desplazamientos realizados en el vehículo “Fallidos y efectivos” por medio del aplicativo o en físico | Registro en formatos de los desplazamientos realizados. | Reporte de entrega y recibido de turno. |
| 36. Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. | Soporte de documentos necesarios para la facturación de las valoraciones realizadas.Entrega de historias clínicas. Envió de documentos de cada caso a contacto de facturación. | Entrega de historias clínicas. Envió de documentos de cada caso a contacto de facturación. |
| 37. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o la subred | N/A | N/A |
| 38. Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de las 24 horas siguientes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio. | Soporte de documentos necesarios para la facturación de las valoraciones realizadas. | Entrega de historias clínicas. Envió de documentos de cada caso a contacto de facturación. |
| 39. Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, de la Subred | Soporte de documentos necesarios para la facturación de las valoraciones realizadas. | Entrega de historias clínicas. Envió de documentos de cada caso a contacto de facturación. |
| 40. Responder por las glosas cuando se causen por razones imputables al CONTRATISTA, en los eventos que corresponda. | Soporte de documentos necesarios para la facturación de las valoraciones realizadas. | Entrega de historias clínicas. Envió de documentos de cada caso a contacto de facturación. |

Copia Controlada Subred Suroccidente

VANESSA MORALES HOYONES
52078629
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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

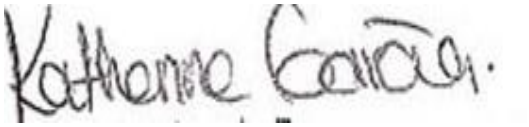
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ANGIE KATHERINE GARCÍA RODRÍGUEZ**

**C.C # 1.026.288.699**

La suma (3.355.477) tres millones trescientos cincuenta y cinco mil cuatrocientos setenta y siete pesos, por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y /0 asistencial en el área asistencial como TRABAJADORASOCIAL en la unidad de atención domiciliaria durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestaciónde servicios No 6642-2022.



**ANGIE KATHERINE GARCÍA RODRÍGUEZ**

**C.C N° 1.026.288.699**

**BANCO CAJA SOCIAL**

**NÚMERO DE CUENTA 24081067053 AHORROS**

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 | 1026288699 | ANGIE KATHERINE GARCIA RODRIGUEZ | calle 38 sur n 3b 68 este | 3052470658 | KATHEGARCIA.TS@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 08/11/2023 | 72125645 | $415.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 167.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 167.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 214.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 214.800 | 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 | 890903790-5 | 32.700 | | | | 32.700 | 0 | 0 | 32.700 | | | 327 | 32.700 | 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 | 167.800 | 167.800 |
| Pensión | 1 | 214.800 | 214.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 32.700 | 32.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 415.300 | 415.300 |

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 |
| CC | 1026288699 | ANGIE KATHERINE GARCIA RODRIGUEZ | | calle 38 sur n 3b 68 este | 3052470658 | KATHEGARCIA.TS@GMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | SI |

| 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 | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 08/11/2023 | 72125645 | $415.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | 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 |
| 1 | CC | 1026288699 | GARCIA RODRIGUEZ ANGIE KATHERINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.342.191 | 214.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.342.191 | 167.800 | 14-11 | 1.342.191 | 3 | 32.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1026288699 |
| NOMBRES | ANGIE KATHERINE |
| APELLIDOS | GARCIA RODRIGUEZ |
| 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 | 01/02/1997 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

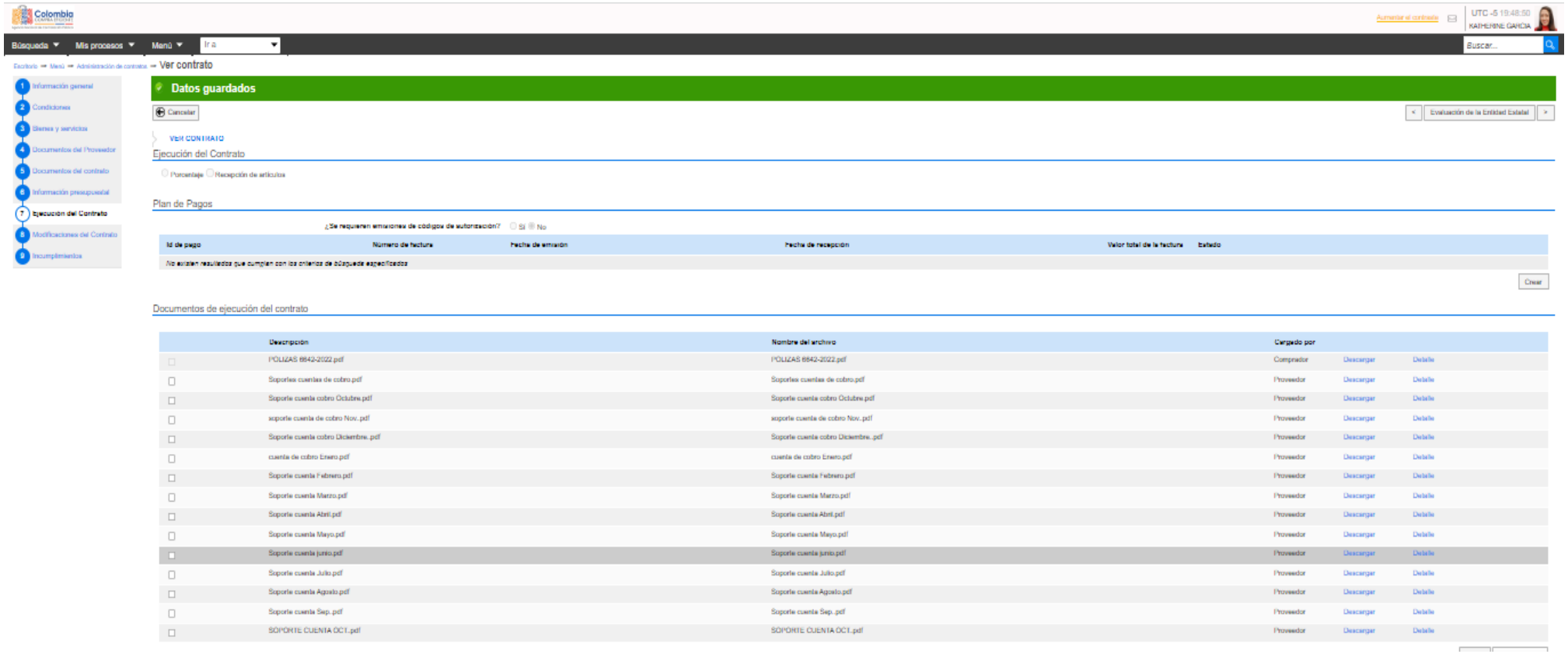
## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### 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 | 1026288699 | GARCIA | RODRIGUEZ | ANGIE | KATHERINE | 2021-09 | FAMISANAR E.P.S. | BENEFICIARIO |
| CC | 1026288699 | GARCIA | RODRIGUEZ | ANGIE | KATHERINE | 2023-09 | FAMISANAR E.P.S. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 |


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:48:50
KATHERINE GARCIA
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ Ver contrato
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?
Si
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
POLIZAS 8842-2022.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Soportes cuentas de cobro.pdf
Proveedor
Soporte cuenta cobro Octubre.pdf
xsporte cuenta de cobro Nov..pdf
Soporte cuenta cobro Diciembre..pdf
cuenta de cobro Enero.pdf
Soporte cuenta Febrero.pdf
Soporte cuenta Marzo.pdf
Soporte cuenta Abril.pdf
Soporte cuenta Mayo.pdf
Soporte cuenta junio.pdf
Soporte cuenta Julio.pdf
Soporte cuenta Agosto.pdf
Soporte cuenta Sep..pdf
SOPORTE CUENTA OCT..pdf