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	1016062510	URREA	MORALES	PAULA	ALEXANDRA	2019-02	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
COMPENSAR E.P.S.	02/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	01/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	12/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	11/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	10/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	09/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	08/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	07/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	06/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	30	COTIZANTE

Volver a Consultar

Scanned with CamScanner

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	1016062510	PAULA ALEXANDRA URREA MORALES	KR 81 B # 19 B - 50	4781721	paulamorales719@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-02	2019-02	I	05/03/2019	33139018	TOTAL A PAGAR	
					$363.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	137.800	0		0		0	0	0	0	137.800	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	800224608-8	176.400	0	0	0	0	0	0		176.400	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	830903790-5	26.900				26.900	0	0	26.900			269	26.900	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	22.100	0	0	22.100	1

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	137.800	137.800
Pensión	1	176.400	176.400
Riesgos Laborales	1	26.900	26.900
CCF	1	22.100	22.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	363.200	363.200

RADICADO 20191390018

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

Scanned with CamScanner

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
Fecha de actualización: 03/04/2017
Código: #NOMBRE?

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DE KENNEDY				KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	3555	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2019		31	3	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA ALEXANDRA URREA MORALES		**C. C.**	1.016.062.510			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 Terapeuta Respiratoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares, de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna del E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestion de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Unico de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de cooperación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión de Riesgo, Humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica eficiente y segura, Gestión de la Tecnología, atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas Gerenciales, acuerdos institucionales, Protocolos, guías, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o planes de mejoramiento a que sea objeto de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas, dentro de los términos de la ley garantizando la oportunidad, continuidad y conformidad de los mismos. 12. Apoyar y participar los procesos de actualización presenciales y virtuales programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir a desarrollo de las habilidades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes a lograr el cumplimiento del objeto de negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o procedimiento alguno que no corresponda con el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de servicios de salud Suroccidente E.S.E y de cualquiera de sus unidades de prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato realizar las gestiones necesarias tendientes al total cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico, promoviendo responsables, fiscales, disciplinarios y caducidades por el manejo de los recursos y actividades que allí contrae. 16. EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud debe garantizar la atención médica y acceso a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARAGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S.	100	• Participando activamente en la atención de pacientes para los cuales se: evalúa y ejecuta el plan de tratamiento de los pacientes con y sin soporte ventilatorio. • Realiza toma, procesamiento y análisis de los gases sanguíneos que le sean solicitados. • Interpretación de radiografía de tórax. • Escoge segun previa evaluación del paciente, el equipo de oxigenoterapia a usar. • Programa y modifica la asistencia ventilatoria de acuerdo con análisis previos y paraclínicos. • Realiza el cuidado de la vía aérea artificial o fisiológica como parte del tratamiento con: terapia respiratoria, micronebulizaciones, higiene y cuidados de traqueotomía, extubación, decanulacion y demás actividades propias relacionadas con la profesion. • Participación activamente en el traslado de pacientes críticos a la toma de exámenes especiales controlando la vía aérea del paciente durante dicho examen. • Llena a cacalidad los formatos de historia clínica de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda intervención con firma y sello. • Elaborar registros clínicos y estadísticas diarias y mensuales. • Velar por la adecuada y racional autorización de los recursos de la institución. • Anexar la constancia de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones y el pago de riesgos profesionales con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	• Registros de historia clínicas. • Interconsultas. • Censos de actividades. • Cobros de terapia (facturación). • Entrega y recibo de turno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTE MONEDA CORRIENTE $ 2,824,920 M/C

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA PAULA ALEXANDRA URREA CC 1016062510

Fecha : MARZO 2019 Firma de recibido supervisor: TATIANA CORTES ROMERO

Scanned with CamScanner

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
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA ALEXANDRA URREA MORALES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	*	C.E		NO.	1016062510							
CORREO ELECTRONICO:	paulamorales719@GMAIL.COM				CELULAR:	3123357750							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SEDE KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REHABILITACION				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M07-KE10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570462470087026								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3555				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019		NÚMERO DE CRP	15177	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2019		31	3	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.824.920										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE FEBRERO DE 2019 EL CUAL SE PAGO SOBRE EL 40 % DE $ 1102000 POR 168 HORAS +$ 22,100 DE CAJA DE COMPENSACION

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.757.252
VALOR EJECUTADO	$5.602.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.824.920
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.154.452
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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 $,2,070,290 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
33139018	$1.102.000	$137.800	$176.400	3	$26.900	**$363.200**

Dado en Bogotá a los días del mes de MARZO del año 2019 Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

TATIANA CORTES ROMERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA ALEXANDRA URREA MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner