

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Subdirección de Garantía del Aseguramiento	CONTRATO No. 6656881	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 26/08/2024
		Fecha de Terminación: 25/12/2024
		ENTIDAD CONTRATANTE: Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud
CONTRATISTA: LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ		PLAZO DE EJECUCIÓN: CUATRO (4) MESES
		PRÓRROGA: Fecha de Inicio (Prórroga):
		Fecha de Terminación (Prórroga):
SUPERVISOR (Nombre y cargo): LIGIA YANIRA SALAMANCA ALDANA Profesional universitario- Subdirección de Garantía del Aseguramiento Código 219 Grado 14 ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA – Subdirección de Garantía del Aseguramiento- Profesional Universitario Código 219 Grado 14		SUSPENSIÓN: Fecha de Inicio (Suspensión):
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/10/2024 -31/10/2024
OBJETO DEL CONTRATO: 092-023200_0203. Prestar servicios administrativos en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento para llevar a cabo las actividades relacionadas con la gestión, trámite y seguimiento de peticiones ciudadanas dentro de la competencia de la Dirección.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 12.479.160
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 3.639.755
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.119.790
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 5.719.615

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Apoyar la gestión de las respuestas a las PQRS (Peticiones – Quejas – Reclamos - Solicitudes),	Se realiza la identificación y seguimiento de la situación de aseguramiento en el Sistema General	Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS				
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano					

que ingresan por los canales efectivos, de acuerdo a los términos establecidos en la Ley, identificando su situación de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS del usuario afectado, en los diferentes sistemas de información distritales y nacionales.	de Seguridad Social en Salud SGSSS del usuario afectado en las Bases de datos de Adres y Comprobador de Derechos para ochenta, así como los radicados de las respuestas de las EPS para (107) requerimientos de diferentes EPS las cuales se registran en la matriz del profesional designado.	- CONTRATACIÓN - 2024 -ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS. https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FolderCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2F0ctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%201&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264
2. Realizar seguimiento telefónico con el usuario a efectos de confirmar la respuesta efectiva y la solución dada por las entidades e instituciones implicadas, para generar el respectivo cierre de la petición en la base de seguimiento y/o aplicativos respectivos, de acuerdo a la asignación.	Se realizaron diez nueve (19) seguimientos de llamadas telefónicas de (SOAT, EPS,) SUPERSALUD (SIGMA) de la Base de datos profesional Mónica Rodríguez. Se realizaron ciento tres (107) seguimientos de llamadas telefónicas a usuarios de EPS de la Base de la profesional María Fernanda Flórez y se cargan según corresponde respuestas al Sistema de Bogotá Te Escucha. Se realizó seguimiento telefónico de veinte seis (26) requerimientos de la Base de CAPITAL SALUD 2024, teniendo en cuenta la respuesta de la EPS en el aplicativo "Bogotá Te Escucha"	Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 -ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS. https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FolderCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2F0ctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%202&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264
3. Cargar las respuestas efectivas emitidas por las Entidad Administradora de Planes de Beneficios en Salud EAPB, respecto de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes en el Sistema Distrital de Peticiones Ciudadanas "Bogotá te Escucha"	Se realiza cargue de setenta y uno (71) respuestas efectivas de las EAPB en el sistema información Bogotá te escucha.	Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 -ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS. https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FolderCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2F0ctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%202&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS				
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7	
	Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

		CI%C3%93N%203&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264
4.Realizar seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes (PQRS) trasladadas a CAPITAL SALUD EPS a través del usuario en el sistema Bogotá Te Escucha.	Se realiza veintiseis (26) seguimientos de llamadas telefónicas de la Base de CAPITAL SALUD 2024, teniendo en cuenta la respuesta de la EPS en el aplicativo "Bogotá Te Escucha"	Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 - ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS. https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FolderCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2FOctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%204&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264
5. Apoyar en la elaboración de presentaciones y actas de reunión con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud - EAPB y demás que sean asignadas y que tenga relación con las PQRS	Para el mes de octubre de 2024 se realizaron (3) actas de las EAPB SANITAS, NUEVA EPS y COOSALUD Se elaboran presentaciones para las reuniones de las mesas de trabajo de SANITAS-NUEVA EPS-COOSALUD.	Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 - ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS. https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FolderCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2FOctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%205&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264
6. Brindar apoyo administrativo relacionado con bases de datos, formatos de registro y planillas de la gestión de las Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes- PQRS que ingresan a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.	Se realizó registro y organización de base de datos de diez y nueve (19) seguimientos a usuarios de (SOAT, EPS,) SUPERSALUD (SIGMA) de Supersalud. Se realiza manejo de base de datos para ciento tres (107) seguimientos de llamadas telefónicas a usuarios de EPSS de la Base del aplicativo Bogotá te Escucha.	Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 - ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS. https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FolderCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2FOctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%205&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

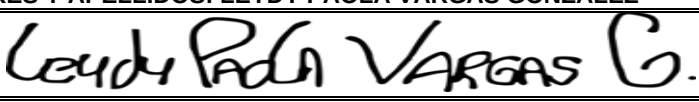
	Se realiza manejo de base de datos para veinte seis (26) requerimientos de la Base de CAPITAL SALUD 2024, teniendo en cuenta la respuesta de la EPS en el aplicativo "Bogotá Te Escucha.	%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FoldeCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2FOctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%206&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264
7.Brindar apoyo administrativo relacionado con bases de datos, formatos de registro y planillas de la gestión de las Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes- PQRS que ingresan a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.	<p>Se realizaron diez nueve (19) seguimientos de llamadas telefónicas de (SOAT, EPS,) SUPERSALUD (SIGMA) de la Base de la profesional Mónica Rodríguez.</p> <p>Se realizaron ciento tres (107) seguimientos de llamadas telefónicas a usuarios de EPSS de la Base de la profesional María Fernanda Flórez se suben respuestas en el aplicativo Bogotá te escucha.</p> <p>Se realiza manejo de base de datos para veinte seis (26) requerimientos de la Base de CAPITAL SALUD 2024, teniendo en cuenta la respuesta de la EPS en el aplicativo "Bogotá Te Escucha</p>	<p>Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 -ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS.</p> <p>https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FoldeCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2FOctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%207&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264</p>
8.Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato.	<p>Para el presente periodo se asistió a reunión asistencia técnica Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS</p> <p>Se asistieron a las reuniones con las EPS SANITAS y NUEV EPS COOSALUD</p>	<p>Evidencias ubicadas el Bogotá te Escucha y en carpeta compartida GGPC - CONTRATACIÓN - 2024 -ONEDRIVE - LEYDY PAOLA VARGAS.</p> <p>https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/023100/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?csf=1&web=1&e=t4RfZy&CT=1730892703074&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=5490c82c%2D9da0%2D87f9%2D9ed8%2D3ec10d2b43ae&FoldeCTID=0x0120009C2444055F0D7046A954E5F0F1A1B1F3&id=%2Fsites%2F023100%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRATISTAS%2FLEYDY%5FVARGAS%2F2024%2FOctubre%2FOBLIGACI%C3%93N%208&viewid=cdd89da9%2De232%2D43d9%2Dbfa2%2D864078ea8264</p>
ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE		
Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: NO APLICA		

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	SALUD TOTAL	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	POSITIVA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	162.900	Suma cancelada:	208.500	Suma cancelada:	6.900
No Planilla:	80247465	No Planilla:	80247465	No Planilla:	80247465
Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE 2024	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE 2024	Mes(es) cancelado(s):	SEPTIEMBRE 2024

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	NO APLICA	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	NO APLICA	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	NO APLICA
FIRMA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.026.554.417 DE BOGOTÁ				

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
<p>Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 54,17 de ejecución del contrato.</p>	<p>OTRAS OBSERVACIONES:</p> <p>Del 1 al 15 de octubre de 2024: ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA - Subdirección Garantía del Aseguramiento - Profesional Universitario 219-14.</p> <p>Del 16 al 25 de octubre de 2024: LIGIA YANIRA SALAMANCA ALDANA - Subdirección Garantía del Aseguramiento - Profesional Universitario 219-14.</p> <p>Del 26 al 27 de septiembre de 2024: ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA - Subdirección Garantía del Aseguramiento - Profesional Universitario 219-14.</p> <p>Del 28 al 31 de octubre de 2024: LIGIA YANIRA SALAMANCA ALDANA - Subdirección Garantía del Aseguramiento - Profesional Universitario 219-14.</p>
INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO	

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	

REVISO Del 1 al 15 de octubre de 2024 Del 26 al 27 de septiembre de 2024	NOMBRE Y APELLIDO: ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA
	FIRMA:  ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA

REVISÓ Del 16 al 25 de octubre de 2024 Del 28 al 31 de octubre de 2024	NOMBRE Y APELLIDO: LIGIA YANIRA SALAMANCA ALDANA
	FIRMA:  Firmado digitalmente por Ligia Yanira Salamanca Aldana

NOTAS:

* El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.

* Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.

* Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1026554417	LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ		CR 74 A No 42 C 58 SUR BQ 63 18	1234567	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
TOTAL A PAGAR					
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80247465	\$404.400

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	3	400	0	162.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	3	500	0	208.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	3	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	3	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	162.500	162.900
Pensión	1	208.000	208.500
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	404.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026554417	LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ		CR 74 A No 42 C 58 SUR BQ 63 18	1234567	paovar1507@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80247465	10
					TOTAL A PAGAR
					\$404.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1026554417	VARGAS GONZALEZ LEYDY PAOLA	59	0		N																			25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ**, identificada con **CC** número **1026554417**, aportó por **LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **1026554417** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2024 y 09 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E D	T E E	T A D	T D P	T A P	V S L	V S T	S L N	S L E	I L M	I L A	V A C	V A P	V I C	V I P	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Enero - 2024	74029784	07/02/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59																0		30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Enero - 2024	74029784	07/02/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																0		30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Enero - 2024	74029784	07/02/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59																0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Enero - 2024	74029784	07/02/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Febrero - 2024	74784343	04/03/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59																0		30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Febrero - 2024	74784343	04/03/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																0		30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Febrero - 2024	74784343	04/03/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59																0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Febrero - 2024	74784343	04/03/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Marzo - 2024	75511343	05/04/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59																0		30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Marzo - 2024	75511343	05/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																0		30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Marzo - 2024	75511343	05/04/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59																0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Marzo - 2024	75511343	05/04/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Abril - 2024	76361912	08/05/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59																0		30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Abril - 2024	76361912	08/05/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																0		30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Abril - 2024	76361912	08/05/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59																0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Abril - 2024	76361912	08/05/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Mayo - 2024	77157967	07/06/2024	NO

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Octubre** de **2024**

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Mayo - 2024	77157967	07/06/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Mayo - 2024	77157967	07/06/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Mayo - 2024	77157967	07/06/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Junio - 2024	77908621	05/07/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Junio - 2024	77908621	05/07/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Junio - 2024	77908621	05/07/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Junio - 2024	77908621	05/07/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Julio - 2024	78740433	17/07/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Julio - 2024	78740433	17/07/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Julio - 2024	78740433	17/07/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Julio - 2024	78740433	17/07/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Agosto - 2024	79488881	19/09/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Agosto - 2024	79488881	19/09/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Agosto - 2024	79488881	19/09/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Agosto - 2024	79488881	19/09/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80247465	07/10/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80247465	07/10/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80247465	07/10/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	5 9																0	30	\$1,300,0 00	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80247465	07/10/2024	NO

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Octubre** de **2024**

<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2024</div><div>No: 415634</div><div>Usuario Dilig: AMPRADA Fecha de Impresión: 28/10/2024 Estado: GIRADA</div></div></div></div>															
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD													
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		02-OCT-24					
1. DATOS DEL BENEFICIARIO															
Nombre:		LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ				Regimen:		No Responsable							
Dirección:		KR 74A 42G 58 SUR BRR LAGO TIMIZA AP 318 BL				Teléfono y Fax:		2735563							
C.C o NIT:		1026554417				Banco/Sucursal:		AV VILLAS		Cuenta No/Clase: 087734617/A					
2. DATOS DEL COMPROMISO															
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)				No:		6656881		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: TOTAL					
Acta de Recibo No:						Nombre del Interventor:									
Detalle															
CTO-NO6656881-PLANILLA OGI_VIGENCIA-SEPTIEMBRE 2024-PERIDO DE:01-sep 30-sep-2024															
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA													
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL															
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL											
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)			
				4552		02-3-01-17-019-06-20240203-152036051		4083		Contratacion del Recurso Humano		\$3.119.790,00			
				VR BRUTO		TRES MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS								\$3.119.790,00	
ID Rubro		Fuente		Detalle		Valor									
02-3-01-17-019-06-20240203-152036051		01		12013		\$3.119.790,00									
Tipo		Com		Objeto		Ingreso		Banco							
023		20202009		91122		01-5-01-01-001									
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE															
Descripción		% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES							
Valor Bruto						5-1-11-79-0001		\$3.119.790,00							
RETEICA- SERVICIOS 0,966%		.966		\$2.742.490,00		2-4-36-27-0001		\$26.492,00							
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%		2		\$3.119.790,00		2-4-36-90-0007		\$62.396,00							
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%		.5		\$3.119.790,00		2-4-36-90-0003		\$15.599,00							
TOTAL DESCUENTOS						\$104.487,00									
Valor amortización:						VALOR NETO A GIRAR		TRES MILLONES QUINCE MIL TRESCIENTOS TRES PESOS		\$3.015.303,00					
Id fuente		Detalle						Código contable							
01		Recursos Del Distrito						2-4-01-02-0003							
12013		APORTE ORDINARIO													
MOVIMIENTO TESORERÍA															
Endosado a:															
Observaciones						Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)									
						Nombre _____									
						Cédula _____ Firma _____									
ANGEL MIGUEL PRADA JIMENEZ GESTION DE PAGOS						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto									
<div></div>															

<div><div><div><div><div><div></div><div>BOGOTÁ</div></div><div><div>SECRETARÍA DE SALUD</div></div></div><div><div>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD</div><div>ORDEN DE PAGO</div></div></div><div><div>Vig Ppto: 2024</div><div>No: 415382</div><div>Usuario Dilig: AMPRADA Fecha de Impresión: 28/10/2024 Estado: GIRADA</div></div></div></div>													
Entidad:		FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD											
Código:		201		Unidad Eje:		01		Fecha Diligenciamiento:		02-OCT-24			
1. DATOS DEL BENEFICIARIO													
Nombre:		LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ			Regimen:		No Responsable						
Dirección:		KR 74A 42G 58 SUR BRR LAGO TIMIZA AP 318 BL			Teléfono y Fax:		2735563						
C.C o NIT:		1026554417			Banco/Sucursal:		AV VILLAS		Cuenta No/Clase: 087734617/A				
2. DATOS DEL COMPROMISO													
Compromiso a Pagar:		CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)			No:		6656881		Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:		TOTAL		
Acta de Recibo No:					Nombre del Interventor:								
Detalle													
CTO-NO6656881-PLANILLA OGI_VIGENCIA-SEPTIEMBRE 2024-PERIDO DE:26-ago 30-ago-2024													
Tipo de Orden de Pago:		VIGENCIA											
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL													
Fuente de financiación:				IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL									
				CDP		Código Rubro		Registro		Nombre		Valor Aplicación (Gasto)	
				4552		02-3-01-17-019-06-20240203-152036051		4083		Contratacion del Recurso Humano		\$519.965,00	
				VR BRUTO		QUINIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS						\$519.965,00	
ID Rubro				Fuente		Detalle		Valor					
02-3-01-17-019-06-20240203-152036051				01		12013		\$519.965,00					
Tipo				Com		Objeto		Ingreso		Banco			
023				20202009		91122		01-5-01-01-001					
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE													
Descripción				% Descuento		Base de Retención		Código Contable		VALORES			
Valor Bruto								5-1-11-79-0001		\$519.965,00			
RETEICA- SERVICIOS 0,966%				.966		\$457.065,00		2-4-36-27-0001		\$4.415,00			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%				2		\$519.965,00		2-4-36-90-0007		\$10.399,00			
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%				.5		\$519.965,00		2-4-36-90-0003		\$2.600,00			
Valor amortización:				TOTAL DESCUENTOS				\$17.414,00					
Id fuente				Detalle				VALOR NETO A GIRAR		\$502.551,00			
01				Recursos Del Distrito				QUINIENTOS DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS		Código contable			
12013				APORTE ORDINARIO						2-4-01-02-0003			
MOVIMIENTO TESORERÍA													
Endosado a:													
Observaciones						Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)							
						Nombre _____							
						Cédula _____ Firma _____							
ANGEL MIGUEL PRADA JIMENEZ GESTION DE PAGOS						YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto							
<div></div>													



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ** identificado con CC No. **1026554417**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD - NI. 800246953	Fecha de inicio de cobertura: 24/08/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 24/08/2024 Fecha fin de Contrato: 22/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020706221.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



BOGOTA, Noviembre 6 de 2024

Señora:
VARGAS GONZALEZ LEYDY PAOLA
CC. 1026554417
CR74A42G58SUR - 1234567
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 27 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
VARGAS GONZALEZ LEYDY PAOLA	1026554417	C	Ago-27-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LEYDY PAOLA VARGAS GONZALEZ	1026554417	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1026554417	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos