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:	Said Lozano Tibaquirá						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016010225	
CORREO ELECTRONICO:	said.psicolog@gmail.com				CELULAR:	3143181568	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO USS 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU40T12	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300761272				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	10042			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2621	FECHA	2024-12-13 14:23:37.000	NÚMERO DE CRP	80467	FECHA	2024-12-18 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-18		2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$2,048,139			
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:	$3,413,565
VALOR EJECUTADO	$2,048,139
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,048,139
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,365,426
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60%

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
82307484	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
51880269
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
Asesorar técnicamente, orientar y dinamizar los procesos de organización y participación comunitaria, con los mecanismos que para tal efecto se han establecido en el Decreto 1757/94, los cuales son: Asociaciones de Usuarios, Comité de Participación Comunitaria y Comité Ética Hospitalaria y desplegar acciones encaminadas al logro de los objetivos propuestos en la Norma.	Durante la evaluación del plan de acción se lleva a cabo dicha actividad	Acta con las acciones a implementar durante la vigencia 2025, reunión realizada el día 16-12-2024
Convocar a la Comunidad para que se vinculen y continúen con los procesos de formación y capacitación, iniciados con el apoyo de la Secretaria Distrital de Salud y de la Institución.	Gestione dicha actividad por medio de acercamiento a líderes de la localidad de Puente Aranda para abrir espacios a la comunidad con el fin de dar a conocer el nuevo modelo de atención en salud, por parte de Salud Pública	Actas y base de datos con los participantes de cada acercamiento
Coordinar la planeación, desarrollo y evaluación de los mecanismos de participación formal: Asociación de Usuarios, Comité de Ética Hospitalaria, Junta Asesora Comunitaria y COPACOS.	Participe en la reunión de cierre de AsoSUr, CLIP Puente Aranda, Diálogo con la comunidad.	Acta de asistencia y participación
Coordinar intra y extrahospitalariamente la capacitación para el fortalecimiento de los mecanismos e instancias de participación.	Para este periodo no se llevo a cabo la actividad según directriz de la oficina.	No aplica para este periodo
Convocar a la comunidad para que participen en los diferentes espacios y eventos dispuestos para su actividad.	Gestione dicha actividad por medio de acercamiento a líderes de la localidad de Puente Aranda para abrir espacios a la comunidad con el fin de dar a conocer el nuevo modelo de atención en salud, por parte de Salud Pública. Realice convocatoria por medio de plegable para las formas de participación de la Subred en cierres de gestión.	Actas y base de datos con los participantes de cada acercamiento
Cumplir con los direccionamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	Cumplí a cabalidad con los establecido por el SIGC, según directrices y de acuerdo al perfil.	No aplica para la actividad en particular
Elaborar los informes trimestrales sobre la gestión realizada en Participación Social con la comunidad, a fin de ser consolidado y enviado a la Secretaría Distrtial de Salud.	Para este periodo no aplica dicha actividad. Se realiza empalme para realizar la actividad en el siguiente periodo.	Actas de entrega por parte de referente transversal, de Fontibón y Kennedy
Organizar a la comunidad para que vigilen el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.	Para este periodo no se llevó a cabo actividades	No aplica para este periodo
impulsar junto con el Comité de Ética Hospitalaria la promoción y divulgación en derechos y deberes de usuarios y pacientes y demás actividades propuestas.	Participe en la reunión Diálogos con la comunidad donde se aborda el tema de los Derechos y Deberes de los usuarios y los pacientes	Acta de asistencia a la reunión, la cual reposa en el archivo de la oficina de Participación Comunitaria
Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.	Respete los derechos de nuestros usuarios y pacientes por medio del buen trato, la atención cálida y humanizada según código de ética y las disposiciones	No es tangible el producto. No aplica para esta actividad
Realizar un uso correcto y racional de los recursos de la Unidad de Servicios que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Realice un uso correcto y racional de los recursos de la unidad, evitando el uso de aparatos electrónicos sin necesidad, ahorrando agua, manteniendo el cuidado de equipos de cómputo y demás elementos asignados.	No es tangible el producto. No aplica para esta actividad
Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo Anual del Proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Cumplí con lo asignado según directriz de la oficina y jefe de la misma.	Actas, base de datos y drive registrados según correspondía
Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales	Cumplí con las normas de bioseguridad según procedimientos, por medio del lavado permanente de manos, segregación de residuos y uso de tapabocas en lugares cerrados.	Los productos no son tangibles para esta actividad. No aplica para este periodo
Elaborar y entregar oportunamente los informes solicitados por el líder de Subproceso con estándares de calidad requeridos.	Elabore y entregue de manera oportuna lo solicitado según directrices.	Actas y base de datos solicitadas por el jefe de la Oficina de Participación Comunitaria
Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución.	Asistí a la actividad de inducción y capacitación en actividades específicas el día 10-12-2024	Lista de asistencia la cual está en poder de Norma Morales organizadora del evento
Brindar apoyo a la Referente transversal del proceso de control social en la subred, en las acciones desplegadas para el ejercicio de las veedurías ciudadanas.	Apoye el acercamiento y divulgación de información sobre el modelo de atención MÁS BIENESTAR y las formas de participación de la Subred	Actas de asistencia

Copia Certificada Subred Suroccidente

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
51880269
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 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:	Said Lozano Tibaquirá						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016010225	
CORREO ELECTRONICO:	said.psicolog@gmail.com				CELULAR:	3143181568	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO USS 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU40T12	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300761272				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	8454			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2359	FECHA	2024-11-13 18:29:14.000	NÚMERO DE CRP	71322	FECHA	2024-11-28 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-01		2024-12-15		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$2,048,139			
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:	$4,642,448
VALOR EJECUTADO	$2,048,139
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,048,139
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,594,309
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	44%

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
82307484	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
51880269
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
Asesorar técnicamente, orientar y dinamizar los procesos de organización y participación comunitaria, con los mecanismos que para tal efecto se han establecido en el Decreto 1757/94, los cuales son: Asociaciones de Usuarios, Comité de Participación Comunitaria y Comité Ética Hospitalaria y desplegar acciones encaminadas al logro de los objetivos propuestos en la Norma.	Realice el acompañamiento durante el acercamiento a líderes de las diferentes Juntas de Acción Comunal de los barrios de la localidad de Puente Aranda, con el fin de socializar las formas de participación y abrir espacios para los compañeros de Salud Pública	Actas y base de datos con los participantes de cada acercamiento.
Convocar a la Comunidad para que se vinculen y continúen con los procesos de formación y capacitación, iniciados con el apoyo de la Secretaria Distrital de Salud y de la Institución.	Durante la socialización del nuevo modelo MAS BIENESTAR, se socializa las formas de participación con el fin de realizar vinculación activa	Actas y base de datos con los participantes de cada socialización
Coordinar la planeación, desarrollo y evaluación de los mecanismos de participación formal: Asociación de Usuarios, Comité de Ética Hospitalaria, Junta Asesora Comunitaria y COPACOS.	Participe en la reunión de Evaluación del Plan de acción el día 16-12-2024	Acta de participación, la cual reposa en el archivo de la oficina de Participación Comunitaria
Coordinar intra y extrahospitalariamente la capacitación para el fortalecimiento de los mecanismos e instancias de participación.	Durante la evaluación del plan de acción se lleva a cabo dicha actividad	Acta con las acciones a implementar durante la vigencia 2025, reunión realizada el día 16-12-2024
Convocar a la comunidad para que participen en los diferentes espacios y eventos dispuestos para su actividad.	Gestione dicha actividad por medio de acercamiento a líderes de la localidad de Puente Aranda para abrir espacios a la comunidad con el fin de dar a conocer el nuevo modelo de atención en salud, por parte de Salud Pública.	Actas y base de datos con los participantes de cada acercamiento
Cumplir con los direccionamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.	Cumpli a cabalidad con los establecido por el SIGC, según directrices y de acuerdo al perfil.	No aplica para la actividad en particular
Elaborar los informes trimestrales sobre la gestión realizada en Participación Social con la comunidad, a fin de ser consolidado y enviado a la Secretaría Distrtial de Salud.	Para este periodo no aplica dicha actividad. Se realiza empalme para realizar la actividad en el siguiente periodo.	Actas de entrega por parte de referente transversal, de Fontibón y Kennedy
Organizar a la comunidad para que vigilen el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.	Para este periodo no se llevó a cabo actividades	No aplica para este periodo
impulsar junto con el Comité de Ética Hospitalaria la promoción y divulgación en derechos y deberes de usuarios y pacientes y demás actividades propuestas.	Participe en la reunión Diálogos con la comunidad donde se aborda el tema de los Derechos y Deberes de los usuarios y los pacientes	Acta de asistencia a la reunión, lal cual reposa en el archivo de la oficina de Participación Comunitaria
Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.	Respete los derechos de nuestros usuarios y pacientes por medio del buen trato, la atención cálida y humanizada según código de ética y las disposiciones	No es tangible el producto. No aplica para esta actividad
Realizar un uso correcto y racional de los recursos de la Unidad de Servicios que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Realice un uso correcto y racional de los recursos de la unidad, evitando el uso de aparatos electrónicos sin necesidad, ahorrando agua, manteniendo el cuidado de equipos de cómputo y demás elementos asignados.	No es tangible el producto. No aplica para esta actividad
Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo Anual del Proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Cumpli con lo asignado según directirz de la oficina y jefe de la misma.	Actas, base de datos y drive registrados según correspondía.
Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales	Cumpli con las normas de bioseguridad según procedimientos, por medio del lavado permanente de manos, segregación de residuos y uso de tapabocas en lugares cerrados.	Los productos no son tangibles para esta actividad. No aplica para este periodo.
Elaborar y entregar oportunamente los informes solicitados por el líder de Subproceso con estándares de calidad requeridos.	Elabore y entregue de manera oportuna lo solicitado según directrices.	Actas y base de datos solicitadas por el jefe de la Oficina de Participación Comunitaria
Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución.	Asistí a la actividad de inducción y capacitación en actividades específicas el día 10-12-2024	Lista de asistencia la cual está en poder de Norma Morales organizadora del evento
Brindar apoyo a la Referente transversal del proceso de control social en la subred, en las acciones desplegadas para el ejercicio de las veedurías ciudadanas.	Apoye el acercamiento y divulgación de información sobre el modelo de atención MÁS BIENESTAR y las formas de participación de la Subred	Actas de asistencia

Copia Certificado Subred Sur Occidente

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
51880269
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 INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

SAID LOZANO TIBAQUIRÁ

C.C 1016010225 DE BOGOTA

La suma dos millones cuarenta y ocho mil ciento treinta y nueve pesos m/te ($2’048.139), por concepto de Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 1 al 15 de diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8454 - 2024



Said Lozano Tibaquirá
CC. 1016010225

CUENTA DE AHORROS DEL BANCO DAVIVIENDA
NÚMERO 0073 0076 1272

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **diciembre 2024** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

SAID LOZANO TIBAQUIRÁ

C.C 1016010225 DE BOGOTA

La suma dos millones cuarenta y ocho mil ciento treinta y nueve pesos m/te ($2’048.139), por concepto de Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 18 al 31 de diciembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 10042 - 2024



Said Lozano Tibaquirá
CC. 1016010225

CUENTA DE AHORROS DEL BANCO DAVIVIENDA
NÚMERO 0073 0076 1272

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **diciembre 2024** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

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	1016010225	SAID LOZANO TIBAQUIRA	CALLE 26 # 2C-60	8269258	said.psicolog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82307484	$403.200	

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	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	3	100	31.800			317	31.800	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	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	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016010225	SAID LOZANO TIBAQUIRA		CALLE 26 # 2C-60	8269258	said.psicolog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82307484	$403.200	

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	1016010225	LOZANO TIBAQUIRA SAID	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		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	1016010225
NOMBRES	SAID
APELLIDOS	LOZANO TIBAQUIRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	FUNZA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	12/01/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/09/2024 11:39:38	**Estación de origen:**	192.168.70.220