DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.648-4

DEBE A:

SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ

C.C 52456278 DE BOGOTA

La suma de $ (1.734.450) por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de DICIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5736-2020.

SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ

C.C.52456278 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004870427252

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	BANDERAS PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NIT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	NO
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]			[illegible]	[illegible]	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CONTEOS
					EMPLEADOS / APO
NUMERO RADICACION	NUMERO FORMULARIO				1 / 1
[illegible]	[illegible]	I	[illegible]	[illegible]	TOTAL A PAGAR
					$[illegible]

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Cotizantes		Cotizantes Adicionales		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizados	Valor	No. Autorizados	Total					
EPS013	[illegible] EPS	8300130437	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Solidaridad Afiliado	Aporte Solidaridad Aportante	Aporte FSP Subsistencia	Aporte FSP Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	Proteccion	8110280124	[illegible]	0	0	0	0	0	0		[illegible]	[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Cotizantes		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Rodamos Sobre el Punto	Valor Sobre el Punto	Puntos Adicionales	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizados	Valor										
[illegible]	[illegible] ARP	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES CAJAS

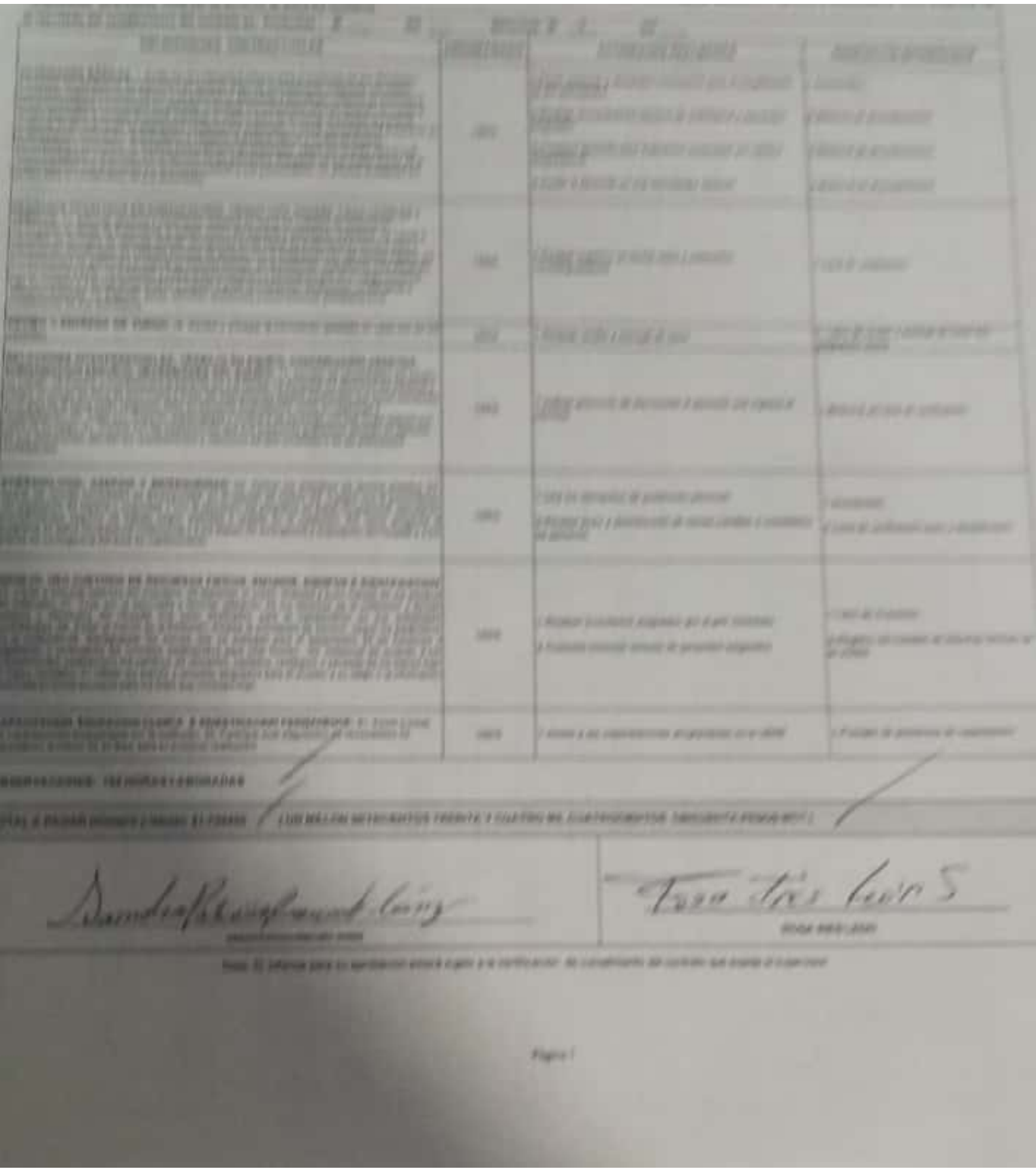
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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 CONCEPTO

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor en $[illegible]	Total a Pagar
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
TOTALES	[illegible]	[illegible]	[illegible]



Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO O ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión: 4 Fecha de actualización: 09/03/2018 Código: [illegible]	Secretaría Distrital de Salud

NL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C.	X	C.E.		NO.	52.499.279						
CORREO ELECTRONICO:	[illegible]				CELULAR:	3102669284						
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD:						KE10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo: KE10803	%: 100	Centro de costo:	%:	Centro de costo:	%:	Centro de costo:	%:	Centro de costo:	%:	Centro de costo:	%:
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCAR:	[illegible]								PENSIONADO:	(No)		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO O ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5739 DEL 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO:	5 DE 5					
NUMERO DE CDP:	1723	FECHA:	25/11/2020		NÚMERO DE CRP:	56521	FECHA:	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE:	DIA: 1	MES: 12	AÑO: 2020	HASTA:	DIA: 31	MES: 12	AÑO: 2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS:	Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%:	0					

OBSERVACIONES: 186 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.041.850
VALOR EJECUTADO:	$9.041.850
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	$1.734.450
VALOR A LIBERAR:	$0
SALDO POR EJECUTAR:	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **12.194.508** 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
8347136960	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	$271.557

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de DICIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ROSA INES LEON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Red Salud E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión: Fecha de Aprobación: Código:	1 Octubre/2014 GI-GS-FR-0006

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ												
TIPO DE DOCUMENTO	E.C.	X	C.E.		NO.	52.830.219							
CORREO ELECTRONICO	[illegible]				CELULAR	3102995244							
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD						RED							
UBICACIÓN DEL SERVICIO	URGENCIAS				SEDE	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS	Código de costo: 4311003	%: 100	Código de costo:	%:	Código de costo:	%:	Código de costo:	%:	Código de costo:	%:	Código de costo:	%:	
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00-487542702										PENSIONADO	No	

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

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	5736 DEL 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6		
NUMERO DE CDP	1729	FECHA	20/11/2020	NUMERO DE CRP	55521	FECHA	30/11/2020		
OBJETO DEL CONTRATO	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA: 1	MES: 12	AÑO: 2020	HASTA	DIA: 31	MES: 12	AÑO: 2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$1.734.450								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		

OBSERVACIONES: 186 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$9.041.850
VALOR EJECUTADO	$9.041.850
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.194.508** 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
8347135950	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	$271.557

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de DICIEMBRE el año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ROSA INES LEON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

ADRES

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	52456278
NOMBRES	SANDRA PATRICIA
APELLIDOS	PRECIADO GOMEZ
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	02/02/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión: 12/10/2020 01:13:06 | **Estación de origen:** 190.26.249.186

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación** establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA