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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1013651383 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | andresrubiano9,2@hotmail.com | | | | CELULAR: | 31831139321 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CENTRAL DE RADICACIÓN | | | | SEDE: | SU40 PUENTE ARANDA | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | SU40R23 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 383-951897-75 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3387 DE 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 DE 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 27 | FECHA | 8/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 15467 | FECHA | 31/01/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación 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 Apoyo Técnico Administrativo II | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $ 2.021.422 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $ | 6.064.266 |
| VALOR EJECUTADO | $ | 4.042.844 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $ | 2.021.422 |
| VALOR A LIBERAR | $ | - |
| SALDO POR EJECUTAR | $ | 2.021.422 |
| 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 $2.194.508, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 40969159 | $877.803 | $109.725 | $104.449 | 3 | $21.383 | **$271.557** |

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

**Carlos Enrique Herrera Mendez**
NOMBRE Y FIRMA LIDER DEL PROCESO

**Andres David Rubiano Arevalo**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | RADICACIÓN | | Sede: | PUENTE ARANDA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3387 - 2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 3 | 2.020 | | 31 | 3 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO | | C. C. | 1.013.651.383 | | | DE | 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 TECNICO ADMISNITRATIVO II de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| a. Conocer e interiorizar los procedimientos y actividades para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos del area de Radicacion, establecidos por la Subred. | 100% | Se actualiza de forma constanrte sobre normatividad vigente. | Se informa a tecnicos y facturadores, sobre los lineamientos dados por las diferentes éps-s para la radicacion de cuentas |
| b. Recepcion y organización de las facturas de acuerdo a la remision realizada por cada Unidad efectuando el debido seguimiento y clasificacion en la hoja de ruta del aplicativo para efectuar la distribucion interna de las mismas por cada responsable. | 100% | Se realiza la recepcion diaria de facturas, para controlar la entrega del 100% de la facturacion generada. | Verificar que la factura se presente en los terminos contemplados por la ley según decreto 4747 anexo 5 |
| c. Ejercer el autocontrol y control necesario que garantice el cumplimiento de los procedimientos, así como la mitigación de los riesgos establecidos en el procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | 100% | Se actualiza permanentemente acerca de los diferentes lineamientos, exigidos para cumplir con la implementacion del sistema de gestion integral y acreditacion. | Se asiste a diferentes capacitaciones charlas, se firman listas de asistencia |
| d. Revisar y conciliar semanalmente la facturacion reportada por el tecnico encargado de informes para el seguimiento a la facturas recepcionadas en estado remitido, activo, enviado , devuelto en el aplicativo en el centro de acopio de la subred. | 100% | Se realiza aclaracion de informacion entregada de acuerdo al manejo interno del area | Se entregan evidencias de los informes entregados generados por los sistemas de informacion |
| e. Armado de cuenta en el sistema por medio de remision de cada una de los pagadores asignados con los requisitos establecidos en la Resolucion 3047 de 2008: Copia de las facturas, autorizacion, soportes de H.C y paraclinicos, informes QX, epicrisis y hojas de tratamiento. | 100% | Se hace armado de la cuenta de acuerdo a las solicitudes echas por cada una de las diferentes EPS-S con el fin de garantizar la oportunidad en la radicaicon. | Cuentas de cobro con su relacion de envio, facturas y diferentes documentos solcitados como para fiscales formatos etc según lo solicitado. |
| f. Efectuar de acuerdo al lineamiento establecido por el lider y supervisor el cierre parcial y o mensual de las cuentas de cobro para radicacion. | 100% | De acuerdo a la directriz dada se procede con el cierre de las cuentas, en las fechas establecidas por el lider | Se envia archivo excel a traves de correo electronico, con los valores detallados y codigos de autorizacion en casos requeridos |
| g. Realizar la entrega del archivo plano de las remisiones hechas mensualmente de acuerdo a los cortes establecidos por el lider y supervisor del area. | 100% | Se genera a traves del aplicativo Hosvital la descarga de cada una de las remisiones hechas, con el fin de detallar las facturas que componen la remision. | Archivo excel detallado de cada una de las facturas. |
| h. Solicitud de RIPS al area competente de las cuentas realizadas. | 100% | Se genera en el formato establecido el reporte de las remisiones a validar. | Se envia archivo excel a traves de correo electronico, con los valores detallados y codigos de autorizacion en casos requeridos |
| i.Organizacion y orden en el alistamiento de las cuentas para su deposito en el archivo mientras surte su proceso de radicacion | 100% | Se hace el empaquetado para la custodia de las cuentas durante el proceso de espera de los Rips. | Se hace un embalaje en cajas, realizando el marcado de las cajas |
| j. Gestionar la radicacion de las cuentas de cobro dentro de los veinte (20) primeros dias para el cumplimiento de las metas de recaudo institucional, realizando el cambio del estado de las facturas en el aplicativo a radicadas. | 100% | Se hace la radicacion a traves del aplicativo hosvital, para que las facturas pasen de remitidas a radicadas, para dar una mejor trazabilidad | Se entrega cuenta en fisico al tecnico encargado, para la concilion de cartera. |
| k. Apoyar la conciliacion de las cuentas generadas con el tecnico en el momento en que se requiera. | 100% | Se realiza aclaracion de informacion entregada de acuerdo al manejo interno del area | Se entregan evidencias de los informes entregados generados por los sistemas de informacion |
| l. Solicitar anulaciones y hacer seguimiento a las refacturaciónes de las facturas devueltas de cada unidad por parte del responsable de las mismas. | 100% | Se hace entrega de las facturas a anular a las unidades para realizar los ajustes nesecarios | Se realizan las hojas de ruta y el oficio de entrega a facturacion |
| m. Entregar al Líder de Facturación, informes periódicos de la facturación. pendiente por radicar y los motivos de la misma. | 100% | Realice informes de pendientes por entrega de las distintas vigencias. | Consolidados de pendientes, bases de datos por servicios facturados. |
| n. Generar y entregar a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias en la radicacion de cuentas y así mismo, generar acciones de mejora. | 100% | Se hace entrega de la informacion recolectada durante el proceso de radicacion, del mes en curso. | Se envia a traves de medio magnetico a facturacion autorizaciones y demas para que incluyan modificaciones en sus procesos. |
| ñ. Realizar las demas actividades que le sean asignadas por quien ejerce el control de la ejecucion del contrato, acordes con el objeto del mismo. | 100% | Se realiza el apoyo según las directrizes del lider del proceso | Entrega de actividades asignadas en los tiempos establecidos |
| o. Apoyar y participar en las actividades programadas por las diferentes areas de las Subred.(Reuniones,Capacitaciones,Reinducciones y aquellas que sean requeridas) | 100% | Se asiste a reuniones programadas por el area. | Se regitra asistencia y participacion en las actas de reunion. |

**OBSERVACIONES: SE ADJUNTA SOPORTE DE PAGO DE SALUD**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2,021,422) DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE**

| | |
|---|---|
| ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO CC 1013651383 | CARLOS ENRIQUE HERRERA MENDEZ - LIDER DEL PROCESO |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. | NOMBRE Y FIRMA LIDER DEL PROCESO |

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 | 1013651383 | ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO | CALLE 26 B SUR 14 94 | 6610858 | ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.COM | |
| 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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-02 | 2020-02 | I | 02/03/2020 | 40969159 | $289.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 109.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 109.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 140.500 | 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 | 21.400 | | | | 21.400 | 0 | 0 | 21.400 | | | 214 | 21.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 17.600 | 0 | 0 | 17.600 | 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 | 109.800 | 109.800 |
| Pensión | 1 | 140.500 | 140.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.400 | 21.400 |
| CCF | 1 | 17.600 | 17.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | | 289.300 | 289.300 |

40969159

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 | 1013651383 | ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO | | CALLE 26 B SUR 14 94 | 6610858 | ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.COM | |
| 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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-02 | 2020-02 | I | 02/03/2020 | 40969159 | $289.300 | |

## 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 | Exonerado | 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 | 1013651383 | RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 877.803 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 877.803 | 109.800 | 14-11 | 877.803 | 3 | 21.400 | CCF24 | 877.803 | 17.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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

La salud es de todos | Minsalud

# 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 |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1013651383 |
| NOMBRES | ANDRES DAVID |
| APELLIDOS | RUBIANO AREVALO |
| 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 | COMPENSAR E.P.S. | CONTRIBUTIVO | 07/06/2005 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 03/11/2020 15:20:27 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

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 ésta 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

# 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 | 1013651383 | RUBIANO | AREVALO | ANDRES | DAVID | 2020-01 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2020 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 10/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 09/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 08/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 07/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2019 | 30 | COTIZANTE |
| 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 |
| COMPENSAR E.P.S. | 07/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2017 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 10/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 09/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 08/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 07/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2016 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 10/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 09/2015 | 30 | COTIZANTE |

# Maestro Afiliados Compensados

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2015 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2014 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2014 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 10/2014 | 0 | COTIZANTE |

Volver a Consultar