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:	Liceth Jiménez carreño						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	55232464	
CORREO ELECTRONICO:	licethkjimenez@gmail.com				CELULAR:	3106035821	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV131 MOVIL - 6940 USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10V02-P40	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570009070307617				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7349			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1573	FECHA	2026-07-16 15:00:18.000	NÚMERO DE CRP	25202	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,475,412						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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:	$56,341,623
VALOR EJECUTADO	$53,064,761
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,475,412
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,276,862
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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
93760746-93448974 .	$2,983,608	$372,951	$477,377	4	$72,681	$923,009

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Angie Paola Buitrago Colorado
1013667933
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
1) Prestar los servicios profesionales como médico general dentro del programa de Atención Prehospitalaria (APH) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., durante el tiempo de disponibilidad establecido en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y las normas de habilitación vigentes.	Presto servicios profesionales como médico general del programa de Atención Prehospitalaria de la subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir disponibilidad con el perfil asignado según cronograma de actividades, registrando las novedades correspondientes.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - MANUAL DE CONVIVENCIA
2) Participar en los procesos de entrega y recepción de disponibilidad conforme al perfil asignado y al cronograma de actividades establecido, registrando las novedades correspondientes.	Realizo un diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formato fallido y/o cancelado, formato de elementos de protección personal, formatos limpieza y desinfección, formato de control de temperatura y humedad, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia, etc.) Los cuales deberán ser diligenciados en el aplicativo y/o en físico, inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
3) Realizar la valoración, estabilización y/o traslado de pacientes según las indicaciones del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), efectuando las maniobras básicas y avanzadas necesarias para la estabilización de pacientes críticos, dentro del ámbito de su competencia profesional.	Doy cumplimiento a las actividades y metas designadas, según cronograma previamente establecido, para el buen desempeño de los indicadores asociados a los traslados y valoraciones, asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - RESULTADOS POSITIVOS EN EL PROGRAMA BAJO LA LABOR ASIGNADA A MI PERFIL
4) Diligenciar de manera completa, clara y oportuna todos los registros propios de la atención prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formato fallido y/o cancelado, formato de elementos de protección personal, formatos limpieza y desinfección, formato de control de temperatura y humedad, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia, entre otros), en el aplicativo y/o medio físico, inmediatamente después de finalizada la atención del paciente. El incumplimiento genera responsabilidad frente al pago correspondiente al valor del servicio prestado.	Realizo un diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formato fallido y/o cancelado, formato de elementos de protección personal, formatos limpieza y desinfección, formato de control de temperatura y humedad, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia, etc.) Los cuales deberán ser diligenciados en el aplicativo y/o en físico, inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
5) Solicitar y adjuntar los soportes necesarios para la autorización y facturación de traslados y valoraciones, cargándolos correctamente en el aplicativo o medio físico correspondiente, evitando glosas o negaciones de pago por parte de las EPS	Solicito los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas, adjuntándolos de manera adecuada en el aplicativo y/ o en medio físico, una vez se realice la atención del paciente	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - NOTAS MEDICAS CON SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN COMO ME LO EXIJA EL SISTEMA
6) Acatar las directrices operativas y los llamados generados por el CRUE, garantizando el cumplimiento de las metas y actividades asignadas conforme al cronograma establecido, sin exceder jornadas superiores a doce (12) horas continuas.	Respondo oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, cumpliendo con de las directrices operativas.	ATENCION PRE HOSPITALARIA PRONTA SEGURIDA Y CON EL COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO A LO QUE MI PERFIL ME PERMITE EN PRO DE LA SALUD DEL PACIENTE
7) Realizar el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos, atenciones y traslados	Realizo el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos, atenciones y traslados.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL - NOTAS MEDICAS

Copia Controlada Subred Sur Occidente

8) Gestionar la liberación oportuna de camillas y brindar acompañamiento permanente al paciente hasta su ubicación definitiva en la institución receptora, efectuando los reportes correspondientes.	Realizo gestión oportuna en cuanto a la liberación de las camillas en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la cual recepcionen los pacientes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, en concordancia con los indicadores de productividad.	DISMINUCION EN EL TABLERO DE RETENCIONES DE LAS MOVILES EN LOS PUNTOS DE RECEPCION DE PACIENTES EN CADA UNO DE LOS TURNOS ASIGNADOS PARA TENER OPERATIVIDAD POSITIVA EN MI SERVICIO
9) Cumplir con el manual de bioseguridad, aplicar las disposiciones sobre seguridad del paciente y garantizar la confidencialidad de la información obtenida durante la atención.	Cumplo con el manual de bioseguridad.	CUANDO SE REQUIERA
10) Diligenciar el formato preoperacional de los equipos biomédicos y de apoyo diagnóstico.	Verifico y diligencio oportunamente el preoperacional del vehículo en cada entrega y recepción de disponibilidad, reportando las novedades detectadas así como reporte de novedades presentadas.	actividad soportada en el reporte del documento
11) Efectuar un diligenciamiento adecuado y registro en el libro de medicamentos controlados, y uso de los mismos según normatividad vigente	Efectuo un diligenciamiento adecuado y registro en el libro de medicamentos controlados, y uso de los mismos según normatividad vigente	MANEJO CORRECTO DEL CHECK LIST PERIODICAMENTE
12) Responder por la custodia, administración, racionalización y manejo adecuado de los equipos biomédicos, insumos, medicamentos de uso común y controlados dispuestos para el desarrollo de las actividades.	Respondo por la custodia, administración, racionalización y manejo adecuado de los equipos biomédicos, insumos, medicamentos de uso común y controlados dispuestos para el desarrollo de las actividades	MANEJO CORRECTO DEL CHECK LIST PERIODICAMENTE
13) Registrar adecuada y oportunamente el inventario y pedido de insumos, en todo momento será responsabilidad del médico la verificación para mantener la suficiencia de insumos, medicamentos y equipos, así como las fechas de vencimiento y verificación de semaforización de los mismos	Registro adecuada y oportunamente el inventario y pedido de insumos, en todo momento será responsabilidad del médico la verificación para mantener la suficiencia de insumos, medicamentos y equipos, así como las fechas de vencimiento y verificación de semaforización de los mismos.	INVENTARIOS PERIODICOS DE LOS ELEMENTOS O MEDICAMENTOS DADOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO EN LA MOVIL QUE NOS SEA ASIGNADA EN EL TURNO A REALIZAR
14) Participar en la atención de emergencias y en el cubrimiento de eventos especiales, tales como visitas oficiales, atención de altos dignatarios y demás actividades que sean solicitadas por la supervisión del convenio, realizando el diligenciamiento correspondiente en el sistema de información habilitado para tal fin.	asistir a eventos según indicaciobn	asistir y atender según la indicacion
15) Brindar un trato digno, humano, cálido y eficaz a los pacientes, familiares y demás usuarios del servicio, utilizando terminología adecuada y garantizando una comunicación clara y empática.	Brindo trato digno, atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde con las obligaciones contractuales, en terminología adecuada para el paciente y sus familiares.	BUEN TRATO, EXCELENTE TRABAJO EN EQUIPO - BUENOS INDICES DE HUMANIDAD CON QUIEN ATENDEMOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE
16) Portar las prendas institucionales establecidas en el manual de imagen del CRUE, el carné institucional y la tarjeta de identificación de misión médica en lugar visible, conforme a la Resolución 4481 de 2012.	Porto las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente.	RESPETO Y CUMPLIMIENTO AL PORTE ADECUADO A LAS INSIGNIAS DE LA INSTITUCION
17) Reportar los sucesos de seguridad y notificar los eventos de interés en salud pública conforme a los protocolos establecidos y dentro del ámbito de su competencia.	Reporto y registro los diferentes sucesos de seguridad.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
18) Adoptar y cumplir los procesos, procedimientos, guías, instructivos y protocolos institucionales requeridos para el adecuado desarrollo de las actividades contratadas.	Adopto los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	SISTEMA INFORMATIVO E INSTITUCIONAL - PROTOCOLOS REGISTRADOS PARA CADA FIN
19) Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y actividades de actualización programadas por el referente o la institución.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando se requiera	CUANDO SE REQUIERA
20) Responder oportunamente a los requerimientos o citaciones derivadas de PQRS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el CRUE o por la Subred.	Respondo y asisto a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.	Diligencio clara y oportunamente los certificados de defunciones generados durante la Atención Pre hospitalaria, en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF.
21) Diligenciar de manera clara y oportuna los certificados de defunción generados durante la atención prehospitalaria, dentro de un término no mayor a veinticuatro (24) horas, en el aplicativo RUAF.	Diligencio clara y oportunamente los certificados de defunciones generados durante la Atención Pre hospitalaria, en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - NOTAS MEDICAS CLARAS - MANEJO CORRECTO A LA SITUACION REQUERIDA

Copia Controlada Subred Suroccidente

22) Cumplir con los protocolos de autocuidado y uso adecuado de los elementos de protección personal durante la prestación del servicio, informando de inmediato cualquier incidente o accidente ocurrido durante la ejecución del contrato.	Propendo por el cuidado personal durante la prestación del servicio, utilizando en debida forma los protocolos y elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informar la ocurrencia de algún siniestro (accidente) durante la ejecución de las actividades del objeto contractual, así como Propendo por el autocuidado de su salud.Propendo por el cuidado personal durante la prestación del servicio, utilizando en debida forma los protocolos y elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informar la ocurrencia de algún siniestro (accidente) durante la ejecución de las actividades del objeto contractual, así como Propendo por el autocuidado de su salud.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - DEBERES ASIGNADOS POR MI SERVICIO
23). Mantener vigente los cursos exigidos según anexo técnico de perfiles del talento humano del convenio de atención Pre Hospitalaria.	Mantengo vigente los cursos exigidos según anexo técnico de perfiles del talento humano del convenio de atención Pre Hospitalaria.	cursos realizados y enviados al lider

Angie Paola Buitrago Colorado
1013667933
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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LICETH KATERINE JIMENEZ CARREÑO

C.C 55232464 de Bogotá

La suma de **$ 4.475.412** por concepto de: Prestar servicios como MEDICO GENERAL, prestando servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E., durante el periodo de **01 al 31 de Julio 2026** de servicios No **7349-2025**



LICETH KATERINE JIMENEZ CARREÑO
C.C 55232464 de Bogotá
BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO DE CUENTA 570009070307617 AHORROS

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	55232464	LICETH KATERINE JIMENEZ CARREÑO	CL 60 A SUR 68 08	6017777777	licethkjimenez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
93448974	14/07/2026	93760746	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	N	$0	$8.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.600	0		0		0	11	100	0	3.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	4.600	0	0	0	0	11	100	0	4.700	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										

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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	3.600	3.700
Pensión	1	4.600	4.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	8.200	8.400

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	55232464	LICETH KATERINE JIMENEZ CARREÑO	CL 60 A SUR 68 08	6017777777	licethkjimenez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
93448974	14/07/2026	93760746	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	N	$0	$8.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 55232464	JIMENEZ CARREÑO LICETH KATERINE	3	0			N																	230301	2.983.700	30	477.400	0	0	0	0	EPS037	2.983.700	30	373.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

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	55232464	LICETH KATERINE JIMENEZ CARREÑO	CL 60 A SUR 68 08	6017777777	licethkjimenez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93448974	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$842.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	369.400	0		0		0	0	0	0	369.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	472.800	0	0	0	0	0	0		472.800	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										

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	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	369.400	369.400
Pensión	1	472.800	472.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	842.200	842.200

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	55232464	LICETH KATERINE JIMENEZ CARREÑO	CL 60 A SUR 68 08	6017777777	licethkjimenez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93448974	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$842.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 55232464	JIMENEZ CARREÑO LICETH KATERINE	3	0			N																	230301	2.955.000	30	472.800	0	0	0	0	EPS037	2.955.000	30	369.400			0		0		0	0	0	0	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 - 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	55232464
NOMBRES	LICETH KATERINE
APELLIDOS	JIMENEZ CARREÑO
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	04/09/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/16/2026 18:46:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	55232464	JIMENEZ	CARREÑO	LICETH	KATERINE	2026-05	Nueva Eps	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Nueva Eps	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 136 Registros en 14 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Sede
Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
Centro Empresarial Elemento
Código Postal 111071
Bogotá, D.C.

Atención presencial
Piso 16
Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
Piso 10
Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica
Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60
Línea gratuita nacional 01 8000 423 737
Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.