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:	ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52274908						
CORREO ELECTRONICO:	ERIKAMARTINEZGLOSAS@GMAIL.COM		CELULAR:	3113123229-3173775235								
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUR**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION		SEDE:	SU41-TRINIDAD GALAN								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU41R23	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros								
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**7380692900**								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**870-2021**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**2 DE 3**				
NÚMERO DE CDP	31	**FECHA**	8/01/2021	**NÚMERO DE CRP**	11044	**FECHA**	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$2.092.172**									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

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:	$6.276.516
VALOR EJECUTADO	$4.184.344
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.092.172
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.092.172
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

e 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 $2.271.315 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
1035680484	**$908.526,00**	**$113.600**	**$145.400**	3	**$22.200**	**$281.200**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes MARZO de 2021 Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

Erika P. Martinez S.

ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA

C.C 52.274.908 DE BOGOTA

La suma de DOS MILLLONES NOVENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS M/CTE, $ 2,092,172= por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativo y/o asistencial en el área de facturación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E **como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II** durante el periodo de 01 al 31 DE MARZO DE 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 870-2021

ERIKA P. MARTINEZ S.

ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA

C.C 52.274.908 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7380692900

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
Fecha de aprobación	1/07/2020
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FACTURACION				**Sede: SU41 TRINIDAD GALAN**						
No. DE CONTRATO:	870-2021	**Periodo certificado desde el**			**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
					1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA				**C. C.**	52,274,908			**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 apoyo tecnico administrativo I en 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
1. Realizar la recepción diaria de las facturas electrónicas o registros de servicios generados por los diferentes puntos de facturación o por el colaborador asignado, correspondiente a los servicios prestados con soporte de reporte generado en el sistema de información (reporte estadístico de facturación o FA-Entrega y recibido de facturas generadas por usuario y la herramienta de control definida). Manteniendo la custodia de la información de la base en medio magnético y los documentos físicos recibidos.	CUMPLE	Recepción de la facturación de las empresas asignadas por medio magnetico y reportes del Sistema generados.	Se recibe facturas por reportes generados y medio magnetico y se le realiza la auditoria correspondiente.
2. Realizar diariamente mediante auditoría administrativa y en línea la verificación de las facturas electrónicas, los archicos XML, soportes clínicos y administrativos físicos o magnéticos con las diferentes Entidades responsables de pago asignadas, de los servicios prestados , aplicando la normatividad vigente, contratos, procedimientos e instructivos para el armado de cuentas y radicación oportuna por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	CUMPLE	Revisión y auditoria del 100% de las facturas generadas de la empresa asignada segun el contrato, teniendo en cuenta los siguientes parámetros. • Consistencia en el cobro contra el contrato • Consistencia en el cobro contra la normatividad vigente. • Consistencia en los soportes contra el cobro.	Se realiza la revisión de la facturta en medio magnetico, verificando la matriz contratada a la subred suroccidente.
3. Soportar y gestionar soportes de las actividades y procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente, con el fin de completar la documentación para la radicación de facturas electrónicas o registros de servicios.	CUMPLE	Identificar los soportes y pagador responsable al servicio prestador al area de autorizaciones.	Verificar la admisión correcta con el pagador correspondiente y autorizacion del respectivo contrato y su respectiva autorizacion.
4. Realizar o verificar el escaneo de documentos clínicos y administrativos de las facturas, utilizando los equipos y las herramienta sistematizadas como (SIES), Software, bases, para el armado de cuenta, verificación de validación de RIPS y radicación por plataforma o medios electrónicos implementados por las EAPB de manera oportuna y óptima.	CUMPLE	Se identifica y gestiona las diferentes situaciones que puedan impedir el tramite administrativo de la facturacion.	Se revisan soportes administrativos identificando la falla. Para poder realizar una buena gestion.
5. Gestionar y soportar las actividades y procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente, con el fin de completar la documentación para la radicación de facturas electrónicas o registros de servicios y se logre la radicación.	CUMPLE	Se realiza soporte Magnédtico del 100% de la facturación generada a las empresas asignadas.	Se realiza empalme de soporte contra la factura para garantizar la historia clínica completa y asi ser enviada a la Referente que maneja el Anexo Técnico de Capital Salud.
6. Realizar consolidación diaria en el sistema de información de las facturas recibidas para el armado de cuenta, efectuando la remisión manteniendo el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolucion 3047 de 2008 o la norma que lo modifique así como los procedimientos e instructivos del Subproceso de facturación y proceso de Gestión del Ingreso.	CUMPLE	Se identifica las inconsistencias en las facturas entregadas por el facturador para generar devolución y garantizar las correcciones dando un plazo maximo de 24 horas verificacndo que las facturas anuladas queden dentro del mismo mes.	Se realiza seguimiento de las facturas anuladas para el control de la refacturacion y ingresos abiertos, evidenciando el diligenciamiento en el libro de anulaciones.
7. Realizar apoyo administrativo para las diferentes actividades de facturación en auditoria técnica y operación de los servicios, acorde con la programación de actividades y de fin de semana en caso de contingencia o necesidades del servicio, según requimiento solicitados o designado por la Dirección Financiera o la líder de facturación Subred, mitigando los riesgos e inconsistencias en el procedimiento.	CUMPLE	Se realiza el apoyo a las difrerentes areas de facturación y al equipo asistencial en cuanto a soportes de la historia clinica.	Se realiza apoyo administrativo cuando el referente de la unidad lo requiera.

8. Solicitar al líder de la Subred, autorización para anulación de facturas o notas contables a las facturas electrónicas o registros de servicio acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando el seguimiento y la oportuna corrección de las mismas en la Unidad o colaborador responsable, entregando el soporte respectivo y validando que sea en menos de 24 horas el remplazo, garantizando la inclusión en el cierre programado para el armado de cuentas y radicación oportuna para el giro directo y flujo de recursos.	CUMPLE	Se solicita apoyo de la Referente de la Unidad, para la anulacón de la factura, para poder ser corregida y reemplazada en el tiempo estipulado.	Se realiza una correcta correccion de las facturas para su entrega oportuna.
9. Realizar y entregar al líder de Facturación Subred, informe de la facturación auditada, entregada, en armado de cuentas, radicada y pendiente por radicar justificada, describiendo oportunidades de mejora o acciones para el logro de metas definidas. (soporte de ejecución de actividades)	CUMPLE	Se realiza informe diario y mensual al Referente de la Unidad, de la Facturación auditada y corregida oportunamente.	Se realiza la entrega de la Facturación de ,anera oportuna en los tiempos establecidos para su respectiva radicación.
10. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación, devoluciones o glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (E.A.P.B) asignada.	CUMPLE	Se responde por las diferentes solicitudes de Facturación, devoluciones o glosas , en cuanto a soportes requeridos.	Se gestionan las diferentes solicitudes de inconsistencias, para garantizar que la factura vaya correctamente diligenciada.
11.Realizar y gestionar de las Empresas asignadas la radicación del 100% de las facturas recibidas en la central y con entrega de RIPS , por medio físico, direcciones electrónicas o plataformas dentro de los diez (10) primeros días, para la meta de giro directo y lo restante hasta los (20) días o en las fechas establecidas por las EAPB, con el fin de lograr las metas del indicador de oportunidad y cumplimiento de la radicación.	CUMPLE	Se genera informe semanal identificando los pendientes por parte del facturador y se hace entrega al referente.	Se realiza informe semanal a los facturadores en cuento a los pendientes.
12. Realizar la solicitud con cronograma y soportes para la validación de RIPS al equipo responsable. Gestionar las inconsistencias en caso de rechazo de la validación.	CUMPLE	Se cuenta con información de fechas de validación de Rips, del equipo responsable para esta manera lograr subsanar las inconsistencias.	se realiza envio de facturas e informacion oportuna para su debido tramite.
13. Realizar la radicación de facturas en las instalaciones de las EAPB acorde con los recorridos programados y la metodología de recepción de físicos por las Entidades.	CUMPLE	Se garantiza la entrega oportuna de las facturas a la central de acopio, debidamente auditadas y soportadas dando respuesta inmediata a los requerimientos del area de facturación.	Se responde oportunamente las solicitudes del área de radicación.
14. Realizar la radicación de facturas por correo certificado para ser remitido a las instalaciones de las EAPB acorde con los periodods de recepción y la metodología de recepción de físicos por las.Entidades, efectuando el seguimiento y control de guías para soportar la radicación de las facturas.	CUMPLE	Se garantiza la entrega oportuna de las facturas por correo electrónico acorde con los periódos establecidos.	Se entrega oportunamente en el area de Radicacion las Facturas en los tiempos acordados.
15. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando la radicación efectuada en el periodo, las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades para la certificación de pagos.	CUMPLE	S e realiza control y seguimiento de las actividades que se establezcan presentando un informe de actividades.	Se realiza informe de actividades por medio de seguimiento, logrando control y seguimiento para evitar errores.
16. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación.	CUMPLE	Se realiza cuenta de cobro de manera oportuna, de acuerdo a las instrucciones recibidas, y el tiempo establecido para la recepcion de la misma.	Se presentan documentos, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos.
17.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	Se identifica las actividades definifidas y asignadas en el proceso, para el mejoramiento de los planes definidos.	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión.
18. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros.	CUMPLE	Se identifica las actividades definifidas y asignadas en el proceso, para el mejoramiento de los planes definidos.	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión.
19. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario.	CUMPLE	Mantengo una buena presentación personal ante el servicio y brindando una buena información al usuario interno y externo	Mantuve una buena presentación y dispocisión ante el usuario donde se garantiza una buena comunicación.

20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicado en SECOP.	CUMPLE	Se realiza entrega de actividades, de manera oportuna, dando rcumplimiento al 100 % de las tareas asignadas, en los diferentes procesos.	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión, dando cumplimiento al mismo.
21. Realizar gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación	CUMPLE	Se da respuesta oportuna a las diferentes solicitudes por parte de los usuarios, para minimizar riesgo e incidencias.	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión, dando cumplimiento al mismo.
22. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato.	CUMPLE	Se trabaja diariamente en equipo logrando fortalecer las debilidades frente a los procesos ejecutados.	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión, dando cumplimiento al mismo.
23. Realizar gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación.		Se da respuesta oportuna a las diferentes solicitudes por parte de referentes y lideres de las Unidades	Se reponde oportunamente los requerimientos solicitados por parte de los Lideres de las unidad a mi cargo .
24. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o supervisor del contrato..		Realizo a diario informe de mis actividades y seguimiento de unidades a Cargo,	Realizo semanalmente visitas a las unidades acargo y se levanta Acta de retroalimentacion para la mejora de los precesos. Del sistema Dinamica bajo informe de ingresos y anulaciones entregando oportunamente la informacion de Actividad realizada. Llevo el seguimient o de registros entregados de vacunacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 2,092,172= DOS MILLLONES NOVENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS M/CTE)

ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA CC: 52,274,908

ERIKA P. MARTINEZ S

NOMBRE

COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : 28/02/2021 Firma de recibido supervisor:

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-03-15, 09:03:36 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2021
Empresa	ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52274908
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8805707640 / 1035680484
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	73931316
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	$ 281.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 145.400	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 22.200	$ 0
			SubTotales:	$ 281.200	$ 0
			Total a Pagar:		$ 281.200

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
CUENTA MES DE FEBRERO-2021-ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA.pdf	CUENTA MES DE FEBRERO-2021-ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ADRES

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	52274908
NOMBRES	ERIKA PATRICIA
APELLIDOS	MARTINEZ SANTAMARIA
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	18/12/2005	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/16/2021 14:14:15	Estación de origen:	192.168.70.1

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52274908	MARTINEZ	SANTAMARIA	ERIKA	PATRICIA	2021-01	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN
FAMISANAR E.P.S.	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 88 Registros en 9 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.

Volver a Consultar | Descargar

Bogotá Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __X___cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
JOSE ALEJANDRO PARDO MARTINEZ	1.033.791.505	HIJO	24	5 SEMESTRE	UNIVERSIDAD CUM
PAULA ANDREA PARDO MARTINEZ	1.193.281.563	HIJA	19	3 SEMESTRE	UNIVERSIDAD LIBERTADORES

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO ___X_____
5. SI _____ NO __X___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X___ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $ _____
8. Solicito SI _____ NO ___X____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI ___X__ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___X____

Atentamente

NOMBRE ERIKA PATRICIA MARTINEZ SANTAMARIA
C.C 52.274.908 de Bogota
UNIDAD SUR

FIRMA Erika P. Martinez S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.033.791.505**

PARDO MARTINEZ

APELLIDOS

JOSE ALEJANDRO

NOMBRES

Alejandro Pardo

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-SEP-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00942724-M-1033791505-20171004 **0057**89666A 3 9910144791

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.281.563

PARDO MARTINEZ

APELLIDOS

PAULA ANDREA

NOMBRES

Paula Pardo

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

10-OCT-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01108422-F-1193281563-20191107 0068777691A 1 8500007954

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14672990214

(415)7707212489984(8020) 000001467299021 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	13. Buzón electrónico
5 2 2 7 4 9 0 8	7	Impuestos de Bogotá	3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 2 7 4 9 0 8	1 9 9 5 0 2 0 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	SANTAMARIA	ERIKA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 47 B SUR 22 55 BL 3 AP 506

42. Correo electrónico: erikamartinezglosas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 3 1 3 3 2 2 9	3 1 1 3 1 2 3 2 2 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal: 46. Código 8 2 9 9; 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 0 0 2 0 1	Actividad secundaria: 48. Código; 49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma; 56. Tipo; Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 11 - 28 / 08 : 46: 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ SANTAMARIA ERIKA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO