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:	GINA MARCELA TORRES ANGEL												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.026.277.531							
CORREO ELECTRONICO:	ginitajm@gmail.com				CELULAR:	3172731013							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	KE10							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R23	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10824768507								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5704-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			Pago 3-3			
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP	46899	FECHA	31/10/2018			
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									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.750.000
VALOR EJECUTADO	$2.750.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 $**1.953.105**, 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
30789582	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes 11 del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Carlos Enrique Herrera Mendez
LIDER DE PROCESO DE RADICACION

GINA MARCELA TORRES ANGEL
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION					Sede: HOSPITAL KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	5704-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	11	2.018		30	11	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINA MARCELA TORRES ANGEL	C. C.	1.026.277.531	DE	BOGOTÁ						

Prestar servicios de poyo tecnico administrativo I 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X 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%	realizar los procedimientos y actividades dando cumplimiento a los objetivos en el area de radicacion.	se realizo los procedimientos y actividades dando cumplimiento a los objetivos en el area de radicacion.
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%	organizar y recepcionar las facturas de acuerdo a la remision de cada unidad , realizando el seguimiento de la hoja de ruta para la distribucion interna de las mismas.	se organizo y se recepciono las facturas de acuerdo a la remision de cada unidad , realizando el seguimiento de la hoja de ruta para la distribucion interna de las mismas.
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%	realizar el control y autocontrol que garantice el cumplimiento de los procedimientos asi como mitigacion del riesgo en la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	se realizo el control y autocontrol que garantizo el cumplimiento de los procedimientos asi como mitigacion del riesgo en la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
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%	revisar semanalmente el seguimineto de las facturas recepcionadas en estado remitido, activo, enviado , devuelto en el aplicativo en el centro de acopio de la subred.	se reviso semanalmente el seguimineto de las facturas recepcionadas en estado remitido, activo, enviado , devuelto en el aplicativo en el centro de acopio de la subred.
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%	realizar el armado de cuentas en el sistema de cada pagador con los requisitos establecidos con copia de la facturas, autorizacion, soportes de H.C y paraclinicos, informes QX, epicrisis y hojas de tratamiento.	se realizo el armado de cuentas en el sistema de cada pagador con los requisitos establecidos con copia de la facturas, autorizacion, soportes de H.C y paraclinicos, informes QX, epicrisis y hojas de tratamiento.
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%	relizar el cierre parcial de acuerdo al lineamiento del lider y el supervisor del cierre parcial y mensual de las cuentas de cobro para radicacion.	se relizo el cierre parcial de acuerdo al lineamiento del lider y el supervisor del cierre parcial y mensual de las cuentas de cobro para radicacion.
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%	realizar entrega del archivo plano de las remisiones hechas mensualmente de acuerdo a los cortes establecidos por el lider y supervisor del area.	se entrego del archivo plano de las remisiones hechas mensualmente de acuerdo a los cortes establecidos por el lider y supervisor del area.
h. Solicitud de RIPS al area competente de las cuentas realizadas.	100%	realizar la solicitud de rips al area competente de las cuentas realizadas.	se realizo la solicitud de rips al area competente de las cuentas realizadas.
i.Organizacion y orden en el alistamiento de las cuentas para su deposito en el archivo mientras surte su proceso de radicacion	100%	organizar y ordenar las cuentas para su deposito en el archivo mientras se realiza su proceso de radicacion	se organizo y se ordeno las cuentas para su deposito en el archivo mientras se realiza su proceso de radicacion
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%	gestionar la radicacion de las cuentas de cobro dentro de los 20 primeros dias del mes dando cumplimiento de las metas de recaudo institucional, realizando el cambio del estado de las facturas en el aplicativo a radicadas.	se gestiono la radicacion de las cuentas de cobro dentro de los 20 primeros dias del mes dando cumplimiento de las metas de recaudo institucional, realizando el cambio del estado de las facturas en el aplicativo a radicadas.
k. Apoyar la conciliacion de las cuentas generadas con el tecnico en el momento en que se requiera.	100%	Apoyar la conciliacion de las cuentas generadas con el tecnico en el momento en que se requiera.	se apoyo con la conciliacion de las cuentas generadas con el tecnico en el momento en que se requiera.
l. Solicitar anulaciones y hacer seguimiento a las refacturaciónes de las facturas devueltas de cada unidad por parte del responsable de las mismas.	100%	solicitar anulaciones y realizar segumiento a las refacturaciones de las facturas devueltas de cada unidad por parte del responsable de las mismas.	se solicito anulaciones y se realizo el segumiento a las refacturaciones de las facturas devueltas de cada unidad por parte del responsable de las mismas.
m. Entregar al Líder de Facturación, informes periódicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma.	100%	realizar la entrega al lider de facturacion con informes periodicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma.	se realizo la entrega al lider de facturacion con informes periodicos de la facturación pendiente por radicar y los motivos de la misma.

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%	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.	se genero y se entrego a la coordinación el informe mensual de gestión, que incluye avances en los procedimientos e inconsistencias en la radicacion de cuentas y así mismo, generar acciones de mejora.
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%	realizar las demas actividades que me sean asignadas por quien ejerce el control de la ejecucion del contrato, acordes con el objeto del mismo.	se realizo las demas actividades que fueron asignadas por quien ejerce el control de la ejecucion del contrato, acordes con el objeto del mismo.
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%	Apoyar y participar en las actividades programadas por las diferentes areas de la Subred. (Reuniones, Capacitaciones, Reinducciones y aquellas que sean requeridas)	se apoyo y se participo en las actividades programadas por las diferentes areas de la Subred. (Reuniones, Capacitaciones, Reinducciones y aquellas que sean requeridas)

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1,250,000) UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE

Fecha : OCTUBRE Firma de recibido supervisor

CARLOS ENRIQUE HERRERA MENDEZ

LIDER DEL PROCESO FACTURACION SUBRED SUR OCCIDENTE

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINA MARCELA TORRES ANGEL CC 1026277531 E BOGOTA

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

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	1026277531	GINA MARCELA TORRES ANGEL	CARRERA 69D No. 1-60 SUR APT. 404 INT. 2	4692592	ginita_ad@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	CANTIDAD UPC
			2018/11/06	383457791	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I		30789582	$241.800	

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	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	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	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 026-1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026277531	GINA MARCELA TORRES ANGEL		CARRERA 69D No. 1-60 SUR APT. 404 INT. 2	4692592	ginita_ad@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-10	2018-10	I		30789582	$241.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro 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	1026277531	TORRES ANGEL GINA MARCELA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

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	1026277531
NOMBRES	GINA MARCELA
APELLIDOS	TORRES ANGEL
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	01/09/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/15/2018 10:38:58	Estación de origen:	190.248.8.194

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 la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 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. Sí 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 al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1026277531	TORRES	ANGEL	GINA	MARCELA	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1026277531	TORRES	ANGEL	GINA	MARCELA	2018-09	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1026277531	TORRES	ANGEL	GINA	MARCELA	2017-08	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE
CC	1026277531	TORRES	ANGEL	GINA	MARCELA	2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	09/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	31/10/2017	14	COTIZANTE	4023

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	31/10/2017	17	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	07/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	06/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	05/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	04/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	03/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	02/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	01/2017	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	12/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	11/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	10/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	09/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	08/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	07/2016	31/10/2017	10	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	05/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	04/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	03/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	02/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	01/2016	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	12/2015	31/10/2017	23	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	11/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	10/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	09/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	08/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	07/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	06/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	05/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	04/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	03/2015	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	02/2015	31/10/2017	10	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	01/2015	31/10/2017	1	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	12/2014	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	11/2014	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	10/2014	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023
SALUDCOOP E.P.S.	09/2014	31/10/2017	30	COTIZANTE	4023