

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CINDY JULIETH BOHORQUEZ OROZCO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.012.360.482						
CORREO ELECTRONICO:				julieth0103@hotmail.com				CELULAR:		3213385822					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS BOSA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				TECNICO CUENTAS MEDICAS				SEDE:		Bosa					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		S04	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				468200040680						PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2820-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11033	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:		APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$1.837.000				
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%			\$0			
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.										

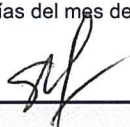
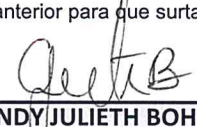
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$5.511.000
VALOR EJECUTADO	\$5.511.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.837.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
26709218	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

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

 NOMBRE y FIRMA LIDER DEL PROCESO	 CINDY JULIETH BOHORQUEZ OROZCO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	--

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

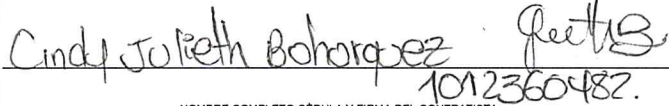
Ubicación del Servicio:		Sede: ASDINGO							
No. DE CONTRATO:	2820-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
			1	4	2.018	a	30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY JULIETH BOHORQUEZ OROZCO		C. C.	1.012.360.482		DE	BOGOTA		

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 (TEC. REVISOR DE CTAS MEDICAS)

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recepción y auditoria de toda la facturación generada de las diferentes aseguradoras y otras entidades a mi cargo teniendo en cuenta normatividad vigente.	PROGRAMADO	Recepción de la facturación de las empresas asignadas de los diferentes puntos de facturación.	FISICO
Recepcione las facturas de Nueva Eps, Unicajas Eps-s, Convida, Gobernación de Cundinamarca. Se verifica que cumpla con la normatividad vigente.	PROGRAMADO	Revisión y auditoria del 100% de las facturas generadas de las empresas a 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.	FISICO
Se hace revisión de toda la facturación identificando que soportes faltan para solicitarlos al área encargada en tiempos establecidos.	PROGRAMADO	Identificar los soportes y solicitarlos al servicio que genera el soporte.	FISICO
Solicite todos los soportes de historia clínica, radiografías, ecografías, laboratorios y los soportes necesarios para armar las cuentas y evitar glosas.	PROGRAMADO	Elaboración de las solicitudes de Historias clínicas al archivo del Hospital.	FISICO
Se anexaron todos los soportes de consultas, cx, hx, laboratorios, ecografías, rx y demás servicios prestados para enviar una factura soportada al 100%.	PROGRAMADO	Soporte del 100% de la facturación generada a las empresas asignadas.	FISICO
Realice notas de crédito, notas débito 20 aproximadamente y se re factura para corregir errores anteriores.	PROGRAMADO	Elaboración de las notas de ajuste a la facturación de las empresas asignadas en el sistema de información Hipócrates.	FISICO
Se re factura para corregir errores anteriores 20 aproximadamente	PROGRAMADO	Re facturación de cuentas en el sistema de información Hosvital.	FISICO
Se ordenó por empresa y consecutivo teniendo en cuenta relación de envío de toda la facturación generada en el mes para entregar a correspondencia.	PROGRAMADO	Consolidación de las facturas por paquetes de las empresas asignadas.	FISICO
Folie y legaje cada una de las cuentas con sus respectivos soportes para la radicación en las diferentes empresas.	PROGRAMADO	Foliado de las facturas con sus correspondientes soportes.	FISICO
Se realizaron todas las relaciones de envío en el sistema de información Hosvital	PROGRAMADO	Elaboración de las cuentas de cobro en el sistema de información Hosvital.	FISICO
Se generó informe de cada una de las devoluciones realizadas a cada liquidador y se pasó a coordinador de área para respectivo informe y fines pertinentes.	PROGRAMADO	Elaboración de la matriz de errores por liquidador de la facturación generada de las empresas asignadas.	FISICO
Asisti a todas las capacitaciones y reuniones convocadas por el área de facturación y las demás áreas que lo requirieron.	PROGRAMADO	Otros	FISICO Y ACTA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,837,000 un millón ochocientos treinta y siete mil pesos M/CTE.)

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	 FIRMA DEL SUPERVISOR
---	---

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD				
MES	AÑO	MES	AÑO			
4	2018	4	2018	1	04/04/2018	\$257,500

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	86006942-7	97.700	0		0		0		0	0	97.700	1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colferides	80022790-6	125.000	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor										
14-28	APP 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
CCF24	Compensar Caja	860065942-7	15.700	0	0	15.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, L.M.A. RPT 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	1	15.700	15.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MIEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	257.500	257.500

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

verified.
Aurora Ramirez
18-04-18

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1012360482	CINDY JULIETH BOHORQUEZ OROZCO	CLL 80 #77C-53 SUR	4489556	julieho103@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PERIODO COTIZACIÓN			TIPO		
SALUD	DIFERENTE A SALUD	TIPO	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO		
4	2018	4	2018	1	04/04/2018
					26/09/2018
					\$257,500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SAUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
No. de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subtipo	Extranjero			Cotización exterior	Exonerado	CORRECCIÓN										Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo de solidaridad	Fondo pensional de sobrevivencia	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	1012360482	BOHORQUEZ OROZCO CINDY JULIETH	59	0	N		REG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	</

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. 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 al Consorcio SAMP 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	1012360482	BOHORQUEZ	HOROSCO	CINDY	JULETH	2017-01	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1012360482	BOHORQUEZ	OROZCO	CINDY	JULIETH	2018-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1012360482	BOHORQUEZ	OROZCO	CINDY	JULIETH	2013-07	SAUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2017	01/10/2015	30	COTIZANTE	4023

Verificado
18-04-18.
Luisa Ramirez.

Formato de extracto

DashboardDavivienda

Descargar extracto del mes

Fecha	Valor	Descripción	Documento
05/04/2018	\$720,000	Retiro en Cajero Automatico	4369
04/04/2018	\$12,000	Descuento Por Transferencia De Fondos	16121796
04/04/2018	\$257,500	Pago Planilla Unica Internet	26835888
04/04/2018	\$14,000	Descuento Por Transferencia De Fondos	12144829
04/04/2018	\$1,819,255	Abono Por Pago De Proveedores.	72580
02/04/2018	\$18,320	Pago GAS NATURAL BOGOTA	692253
31/03/2018	\$123.85	Rendimientos financieros	99999999
20/03/2018	\$20,000	Retiro en Cajero Automatico	9948
08/03/2018	\$1,300,000	Retiro Efectivo en Oficina	74884

Cargar más movimientos

Banco Davivienda S.A. todos los derechos reservados 2017.

