

Centro de Costo 223

	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:				IVON CAROLINA SOTO ROZO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52773816						
CORREO ELECTRONICO:				ivocar81@hotmail.es				CELULAR:		3138125996					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FACTURACION				SEDE:		Pablo VI					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		S04-PA14	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				68643819558				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2845 DEL 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11058	FECHA	31/01/2018			
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	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$1,837,000							
TIPO DE SERVICIOS			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.										

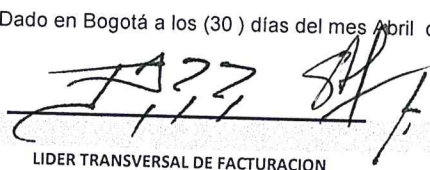
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$5,511,000
VALOR EJECUTADO	\$5,511,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,837,000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

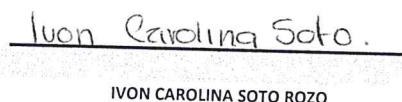
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4208198292	\$781.242	\$97,800	\$125,100	3	\$19,200	\$242,100

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



LIDER TRANSVERSAL DE FACTURACION



IVON CAROLINA SOTO ROZO

 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 03/04/2017		Código: 04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:		FACTURACION		Sede: USS PABLO VI			
No. DE CONTRATO:	2845 DEL 2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	Año
				1	4	2018	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVON CAROLINA SOTO ROZO			C. C.		52,773,816	BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS			
1. Elaborar informes relacionados con el área de facturación de las unidades PABLO VI Y BOSA		SI	Elaborar informes relacionados con el área de facturación de las unidades PABLO VI Y BOSA	evidenciados en correos y formatos establecidos			
2. Elaborar informe de facturación generada con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Elaborar informe de facturación generada con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.	evidenciados en correos y formatos establecidos			
3. Elaborar informe de margen de contralación encon la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Elaborar informe de margen de contralación encon la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección finan	soportados en formatos establecidos			
4. Elaborar informe de Facturación por Tipo de pagador con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financier		SI	Elaborar informe de Facturación por Tipo de pagador con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financier	soportados en formatos establecidos			
5. Elaborar informe de facturación Radicada y respectiva conciliación con cartera con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera		SI	Elaborar informe de facturación Radicada y respectiva conciliación con cartera con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera	evidenciados en correos y formatos establecidos			
6. Elaborar informe de facturación pendiente por radicar de vigencias anteriores con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera		SI	Elaborar informe de facturación pendiente por radicar de vigencias anteriores con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera	evidenciados en correos y formatos establecidos			
7. Realizar informe Circular 014 econ la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Realizar informe Circular 014 econ la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.	soportados en formatos establecidos			
8. Realizar informe Circular 09 con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Realizar informe Circular 09 con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.	evidenciados en correos y formatos establecidos			
9. Elaborar informe presupuesto con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Elaborar informe presupuesto con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.	soportados en formatos establecidos			
10. Elaborar informe producción y facturación por centro de costo con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Elaborar informe producción y facturación por centro de costo con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.	soportados en formatos establecidos			
11. Elaborar informe SISMED VENTAS en conjunto con el QUIMICO FARMACEUTA responsable de la unidad con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.		SI	Elaborar informe SISMED VENTAS en conjunto con el QUIMICO FARMACEUTA responsable de la unidad con la frecuencia y fechas establecidas por cronograma desde la dirección financiera.	evidenciados en correos y formatos establecidos			
12. Elaborar informe de facturación por especialidad para presentación cada 15 días a las respectivas direcciones científicas.		SI	Elaborar informe de facturación por especialidad para presentación cada 15 días a las respectivas direcciones científicas.	soportados en formatos establecidos			
13. Establecer Planes de Mejoramiento frente a los hallazgos encontrados en la realización de informes junto con el área de facturación de cada unidad y socializatorios donde sean requeridos.		SI	Elaborar Planes de Mejoramiento frente a los hallazgos encontrados en la realización de informes junto con el área de facturación de cada unidad y socializatorios donde sean requeridos.	soportados en formatos establecidos			
14. Apoyar y participar en las actividades programadas por las diferentes áreas de las Subred (Reuniones, Capacitaciones, Reinducciones y aquellas que sean requeridas)		SI	Apoyar y participar en las actividades programadas por las diferentes áreas de las Subred (Reuniones, Capacitaciones, Reinducciones y aquellas que sean requeridas)	evidenciados en correos y formatos establecidos			
15. Y demás actividades relacionadas con el objeto contractual que se requieran en el área donde desarrolla sus actividades.		SI	Y demás actividades relacionadas con el objeto contractual que se requieran en el área donde desarrolla sus actividades.	soportados en formatos establecidos			

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$1837000 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS)	
Ivon Carolina Soto Rozo IVON CAROLINA SOTO ROZO 52773816	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de LIDER TRANSVERSAL DE FACTURACION: 
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52773816
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	IVON CAROLINA SOTO ROZO ROZO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR -91 B -50 A - 16	TELÉFONO: 9023380
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4208198292	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	MES: abril
DÍAS DE MORA:	1	AÑO: 2018
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/04/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9998535034

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 125.100
SUBTOTAL:			1	\$ 125.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830009783	EPS023	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.	1	\$ 97.800
SUBTOTAL:			1	\$ 97.800
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 15.800
SUBTOTAL:			1	\$ 15.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 19.200
SUBTOTAL:			1	\$ 19.200

TOTAL PAGADO:	\$ 257.900
----------------------	-------------------



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	52773816
NOMBRES	IVON CAROLINA
APELLIDOS	SOTO ROZO
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	CRUZ BLANCA E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de
Impresión:

04/11/2018
07:11:46

Estación de
origen:

190.24.132.6

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 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. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de 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

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	52773816	SOTO	ROZO	IVON	CAROLINA	2018-03	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	08/2017	07/03/2011	30	COTIZANTE	4023