Centro de Costos R 23

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:	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1013651383							
CORREO ELECTRONICO:	andresrubiano9,2@hotmail.com				CELULAR:	31831139321							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					UNIDAD DEL SUR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACIÓN				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	S04-SU40	100%											
ENTIDAD FINANCIE	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	383-951897-75								PENSIONADO				

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VI	2854 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11067	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TECNICO DE FACTURACION dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2018		30	4	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,837,000								
TIPO DE SERVICIO	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%							

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 **$1.953.106**, 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
26739567	$781,242	$97,700	$125,000	3	$19,100	$241,800

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO
TÉCNICO DE FACTURACIÓN
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:	UNIDAD SUR				Sede: FACTURACIÓN					
No. DE CONTRATO:	2854 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	4	2,018		30	4	2,018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		C. C.	1,013,651,383			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 **TECNICO ADMINISTRATIVO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Anular Facturas	PROGRAMADO	100%	Se anulan facturas de cada uno de los facturadores	Facturas anuladas
Entrega de archivo a planeación para generación de Rips de todos los	PROGRAMADO	100%	Se realizo el punteo de los eventos para realizar el archivo	Se entrega archivo a Planeación para solicitud de RIPS
Preparación y organización de todas las cuentas generadas en el mes de Diciembre para su posterior radicación.	PROGRAMADO	100%	Se realizó la preparacion y organización de las cuentas para ser radicadas ante la entidad correspondiente.	Facturas con su correspondiente radicado y soporte de correo certificado AXPRESS para las entidades territoriales.
Generar relaciones de envio.	PROGRAMADO	100%	Se generó las relaciones de envio.	Cuentas de Cobro Geneadas
Radicación de cuentas	PROGRAMADO	100%	Recorrido por las diferentes Eps para radicar cuentas	Cuentas de cobro radicadas
Hacer seguimiento a la persona encargada de la mensajería y radicación de cuentas.	PROGRAMADO	100%	Entrega de cuentas y oficios a la persona encargada de mensajeria, para su radicación.	Se imprimieron los recibidos de express de los entes territoriales y se archivaron.
Registro de las cuentas radicadas en el sistema Hipocrátes.	PROGRAMADO	100%	Ingresó de información al Sistema Hipocrates.	Información grabada en el sistema
Archivar las facturas y cuentas radicadas.	PROGRAMADO	100%	Archivo de facturas y cuentas debidamente radicadas.	Información fisica archivada en las AZ correspondientes.
Búsqueda de soportes de los radicados solicitados por las diferentes áreas.	PROGRAMADO	100%	Se buscan soportes de radicados	Se entregan soportes a las areas correspondientes
Entregar la información de radicación para el informe de ejecución presupuestal.	PROGRAMADO	100%	Se realizo el informe correspondiente	Se envio informe
Elaborar los informes solicitados y demás actividades que le sean asignados por el coordinador de área.	PROGRAMADO	100%	Se elaboró oficios de acuerdo al Supervisor.	Oficios
Entregar informe semanal a quien corresponda de las facturas anuladas con sus respectivos soportes.	100%	**PROGRAMADO**	Elaborar informe de facturas anuladas con sus respectivos soportes.	Entrega del informe de anuladas con sus respectivos soportes.
Garantizar y responsabilizarse del recaudo y buen manejo de la caja.	100%	**PROGRAMADO**	Adecuado y responsable cobro de las cuotas de recuperacion, entregando al area de tesoreria la totalidad del recaudo	Informe de tesoreria donde se refleja el total recaudado de acuerdo a lo facturado y sin pendientes por recibir
Realizar apertura y cierre de cada turno.	100%	**PROGRAMADO**	Ejecutar la correcta apertura y cierre del turno para garantizar que no sean usados los usuarios del sistema	Turno entregado y cerrado en su totalidad.
Generar diariamente los informes necesarios para el cierre como lo son: relación de facturas, relación de recibos, cuadre de caja, arqueo de caja y traslado de caja, debidamente verificados	100%	**PROGRAMADO**	Generar, imprimir y verificar la relacion de facturas, de recibos de caja, arqueo y traslados a la caja principal.	Entrega correcta y exacta de los diferentes informes y recaudos a la persona encargada
Facturar los servcios de Idipron,según RIPS entregados por el tecnico de facturaion	100%	**PROGRAMADO**	Se factura a cada paciente relacionado en el rips y se anota alli mismo el codigo hipocrates.	Entrega de la facturacion digiligenciada en su totalidad
Y demás actividades que le sean solicitadas por el coordinador del área.	100%	**PROGRAMADO**	Cumplir con todas la actividades designadas durante el mes por el coordinador de el area de facturacion	Cumplir con todas la actividades designadas durante el mes por el coordinador de el area de facturacion

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (1) FOLIO APORTE SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1'837.000 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M/TE

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO CC 1.013.651.383

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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 GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1013651383-	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
4	2018	4	2018

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
26739567	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 26 B SUR 14 94	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6610858		ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.CC	7490	0	1	2018/04/05	327106628

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	97.700	0		0		0	97.700	0	0	0	97.700	0		0	0	97.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0	125.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	19.100		0	0	19.100

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	19.100	0	0	191	19.100

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	125.000	125.000
SALUD	97.700	97.700
RIESGOS LABORALES	19.100	19.100
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	241.800	241.800

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	PLANTILLA COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1013651383	RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID	EPS008	230301																				781.242	781.242	0	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO	**Nit:**	1013651383
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2018
Número de radicación:	26739567	**Total a pagar:**	$241,800
Fecha de vencimiento:	19/04/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	05/04/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	327106628
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		$0.00	$19,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$125,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$97,700
						$241,800

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Lista de planillas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle del Cauca certicámara. Acerca de los certificados SSL ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Powered by Cenet Edinet

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	1013651383	RUBIANO	AREVALO	ANDRES	DAVID	2018-03	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2017	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2016	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2016	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2016	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2016	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023