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:	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:					SUR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	PUENTE ARANDA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40R23	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:	947- 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3				
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11117	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- Apoyo tecnico administrativo II.**									
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		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:

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 $**2.271315**, 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
7779893595	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$ **281.200**

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes Marzo de 2021 Lo *anterior* para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ
LIDER DE PROCESO DE FACTURACION

Ivon Carolina Soto

IVON CAROLINA SOTO ROZO
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION			**Sede: PUENTE ARANDA**						
No. DE CONTRATO:	947-2021	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	3	2021		31	3	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVON CAROLINA SOTO ROZO		C. C.	52.773.816			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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- Apoyo tecnico administrativo II.

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	CUMPLE	Se realiza recepción de archivo de factura generadas en el sistema de información (reporte estadístico de facturación generadas por usuario y la herramienta de control definida). Manteniendo la custodia de la información de la base en medio magnético	Analisisy depuracion de tipologias que dan lugar a cobro en archivo excel entregado por la cordinacion
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	Aplicando la normatividad vigente,se realizar diariamente mediante auditoría administrativa y en línea la verificación de las facturas electrónicas, los archicos XML, soportes clínicos y administrativos magnéticos	Se realiza la revisión de la facturta en medio magnetico (archivo excel), 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	Se verifica factura consus caractericas y se gestiona soportes de las actividades y procedimientos que al egreso del usuario con el fin de completar la documentación para la radicación de facturas electrónicas o registros de servicios.	descarga de soportes de las actividades y procedimientos que al egreso del usuario entregado mensualmente para soporte y radicacion de cuenta
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 verificar el soportes de documentos clínicos y administrativos de las facturas, utilizando los equipos y las herramienta sistematizadas c para el armado de cuenta y radicación por plataforma o medios electrónicos implementados de manera oportuna y óptima.	Verificacion de soportes y documentacion administrativa tilizando los equipos y las herramienta sistematizadas como dinamica y comprobadores registrados en anexos entregados a la coordinación
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 gestionan y soportan las actividades y procedimientos del egreso del usuario on el fin de completar la documentación para la radicación de facturas electrónicas o registros de servicios y se logre la radicación	Soportes los cuales se descargan y entragan de manera mensual para su respectiva radicacion.
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	De acuerdo a la normatividad vigente se 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	Mediante el analisis se realiza cobro de tipologias en anexo, se registra en formato , de acuerdo con el contrato vigente
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 presta apoyo administrativo para las diferentes actividades de facturación en auditoria técnica y operación de los servicios, acorde con la programación de actividades en caso de contingencia o necesidades del servicio,	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 realiza solicitud al cordinador encargado para gestionar la correccion en las facturas que lo ameriten mediante la anulacion según concideracion del cordinador se realiza seguimiento y la oportuna correccion	Mediente correo electronico al cordinador responsable se realiza solicitud de anulacion y correccion de facturas según consideracion del cordinador

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 realizar y entregar al cordinador y/o líder de Facturación Subred, informe de la facturación auditada, entregada, en armado de cuentas,describiendo oportunidades de mejora o acciones para el logro de metas definidas	Se realizar y entregar al cordinador y/o líder de Facturación Subred, informe de la facturación auditada, mediante el envio por correo electronico de los anexos elaborados en los cortes correspondientes según solicitud de la
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	De manera oportunamente se responde a 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	Se gestionan solucion oportunamente a las diferentes solicitudes de las areas relacionadas con el área de Facturación conserniente a 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 realizar y se entraga anexo de la cuenta con tipologias a cobrar según anexo, en los tiempos establecidos para la consolidacioncon el fin de lograr las metas del indicador de oportunidad y cumplimiento de la radicación.	se envia en los tiempos establecidos mediante correo electronico a la coordinación el anexo con los correspondientes tipologias para cobro con el fin de facilitar la radicacion oportuna.
12. Realizar la solicitud con cronograma y soportes para la validación de RIPS al equipo responsable. Gestiónar las inconsistencias en caso de rechazo de la validación.	CUMPLE	Se atiende según las solicitudes en las inconsistencias identificadas por otras areas con el fin de facilitar la validacion de la cuenta.	Se gestiona por medio magneticos o segun corresponda la solicitud con envio o cambio en 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 identifica tipologias a cobrar según factura y procedimientos finales realizados al usuario mediante el anexo entregado por la coordinación con el fin de facilitar la radicacion oportuna	Se responde por medio magnetico y oportunamente las solicitudes al igual que se realiza envio oportuno de los anexos a cargo
14. 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	De acuerdo con los periododos establecidos y la metodología de recepción magnetica por la Entidad, se efectua el seguimiento y control de guías para soportar la radicación de la cuenta.	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	Ejecuto el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades establecidas presentando informe de la gestión de actividades, relacionando la radicación efectuada en el periodo con el fin de entregar ejecución de las actividades para la certificación de pagos.	Se realiza informe de actividades por medio de seguimiento de las actividades realizadas y contratadas, logrando control y soportandolo en el formato establecido por la subred
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 realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas certificadas, y soportadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas	Se presentan documentos establecidos por la entidad para dicho fin en los tiempos solicitados , dando cumplimiento a los lineamientos descritos.
17.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CUMPLE	Se recepciona y se da cumplimiento a la solicitud de los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión. Y se entreaga según requerimiento de manera magnetica
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 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	Se realizaactividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramientoen el proceso de la gestión mediante los formatos establecidos y
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	se Maneja adecuada presentación personal en el desarrollo de mis actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuário interno y externo, evitando PQRS y mejorando la satisfacción de mis actividades.	Manejo adecuada presentación personal en el desarrollo de mis actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo
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	Ejecuto las actividades acorde con la programación de actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios generandos generando satisfacción de las actividades en el marco de la programación definida en el contrato	Se realiza las actividades asignadas en el proceso de la gestión y soportadas según requerimiento , 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 realiza diligenciamiento de las solicitudes en los casos en que se presenten de quejas y reclamos dando respuesta de manera oportuna.	se realiza gestion de las solicitudes en los formatos establecidos por la entidad dando respuesta de manera oportuna.
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	Atiendo y mejoro las no conformidades que se me identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades	Mediante acta firmada con el referente realizo acuerdo con el fin de mejorar las no conformidades se se identifiquen y que afecten la finalidad del objetivo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 2092172 Dos Millones Noventa Y Dos Mil Ciento Setenta Y Dos Pesos m/c)

Ivon Carolina Soto.

IVON CAROLINA SOTO ROZO C.C 52773816

Fecha : Firma de LIDER DE PROCESO DE FACTURACION:

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

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

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Nombre Contratista:	IVON CAROLINA SOTO ROZO
Periodo:	feb-21

Semana/Actividades	No. TIPOLOGIAS TRABAJADAS EGRESO	No. TIPOLOGIAS QX TRABAJADAS	No. TIPOLOGIAS EP COBRADAS	No. TIPOLOGIAS SOPORTES GLOSAS MESES ANTERIORES	TOTAL PDF TIPOLOGIAS MES	FACTURAS OTROS PAGADORES	FACTURAS PARA CORRECCIONES	SEGUIMIENTO FACTURAS ANULADAS
Semana 1	342	54	62	0	116	0	0	0
Semana 2	297	54	61	0	115	0	0	0
Semana 3	387	54	62	0	116	0	0	0
Semana 4	342	55	61	0	116	0	0	0
TOTAL	**1368**	**217**	**246**	**0**	**463**	**0**	**0**	**0**
Verificado Por: (Nombre y firma)	Central de Cuentas (Capital)				Facturación (Seguimiento hoja de ruta):			

Empresas	No. TIPOLOGIAS TRABAJADAS	TOTAL PDF	No. FACTURAS CON OBSERVACIONES PARA ANULAR INCONSISTEMCIAS	No. FACTURAS CON REMPLAZO Y CORRECCION
CAPITAL SALUD	1368	463	0	0

Facturadores a cargo	Servicio(s) a Cargo	Observaciones
0	CUENTA CAPITAL SALUD	

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Ivon Carolina Soto.

Firma Colaborador: (Contratista)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52773816
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IVON CAROLINA SOTO ROZO 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:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7779893595**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		917896711

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 22.200
SUBTOTAL:			1	**$ 22.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 281.200**

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	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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/09/2021 11:14:28	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 IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52773816	SOTO	ROZO	IVON	CAROLINA	2018-06	CRUZ BLANCA E.P.S	COTIZANTE
CC	52773816	SOTO	ROZO	IVON	CAROLINA	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

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		
☐	ENERO 2021.pdf	ENERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2021.pdf	FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Bogotá DC 17 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
Laura Camila Alvarado Soto	1030965209	Hija	21	8 semestre	Universidad del area andina
Yeiny Ximena Alvarado Soto	1030542214	Hija	15	11 grado	Colegio Ciudadela Educativa de Bosa

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 $ _0
8. Solicito SI _____ NO __X____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $0
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO __X____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO__X____

Atentamente

Ivon Carolina Soto R

NOMBRE Ivon Carolina Soto Rozo FIRMA
C.C 52773816
UNIDAD Puente aranda

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14495893067

(415)7707212489984(8020) 000001449589306 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 7 3 8 1 6	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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 7 7 3 8 1 6	1 9 9 9 0 3 2 4

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
SOTO	ROZO	IVON	CAROLINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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
CR 91 B 50 A 16 SUR BRR BOSA PORVENIR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ivocar81@hotmail.es		5 7 3 3 4 4 6	3 1 3 8 1 2 5 9 9 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 4 1 2 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1 2																									

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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: 2 0 1 9 0 1 0 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Ivon Carolina Soto

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SOTO ROZO IVON CAROLINA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-01-2019 02:57:17PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IVON CAROLINA SOTO ROZO

C.C. 52773816 DE BOGOTA

La suma de $2.092.172 (Dos millones cero veintiún mil, cuatrocientos veintidós pesos m/cte.), por concepto de: 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. 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 947-2021

Ivon Carolina Soto R

IVON CAROLINA SOTO ROZO

C.C. 52773816

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 68643819558