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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52231877						
CORREO ELECTRONICO:	yravilan@gmail.com				CELULAR:	3115230421						
UNIDAD DE PRESTACION DE	FONTIBON ZONA FRANCA FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K31	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10821808010								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3455-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2	DE	2		
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	23/02/2021	NÚMERO DE CRP	18137	FECHA	28/02/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: Ninguna

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.140.298
VALOR EJECUTADO	$7.140.298
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 **$2.271.315**, 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
49161619	$1.428.060	$178.507	$228.489	3	$34.787	**$441.783**

Dado en Bogotá al mes de Marzo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS
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:	**PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL**						**Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09**		
No. DE CONTRATO:	**3455-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**YOHANA ROCIO AVILA NAVAS**		**C. C.**		**52.231.877**		**DE**		**BOGOTA**

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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 _X_ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar, liderar o apoyar los procesos de inspección, vigilancia y control, toma y envió de muestras y operativos, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud	SI	180 horas observación y seguimientos al animal agresor, 4 horas acciones para la operación del área para la vigilancia y control de zoonosis ubicada en la unidad de cuidado animal.	Actas: 30 actas EZ15C, 1 acta de reunión.
Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública.	NO	No se programaron este mes	NA
Interlocución entre grupos, sectores sociales y gobierno local que busca interrelación entre los diferentes actores para la identificación de intereses	NO	No se programaron este mes	NA
Participar en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local	NO	No se programaron este mes	NA
Estructurar propuestas de abordaje intersectorial para la solución de las necesidades y problemáticas identificadas.	NO	No se programaron este mes	NA
Actualización y análisis del mapeo de sectores y actores sociales	NO	No se programaron este mes	NA
Elaborar y Consolidar Planes de Mejoramiento.	NO	No se programaron este mes	NA
Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según línea de intervención o actividad al que sea designada.	SI	Se realiza socializacion de emergencia ambiental, alerta roja por eergencia sanitaria covid-19.	Informe a la lider ETOZ
Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas según requerimientos.	NO	NA	NA
Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados.	NO	NA	NA
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).	SI	Se presentan informes de manera oportuna y en los formatos establecidos	Informe a la lider ETOZ
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad	SI	Se da atención a las solicitudes recibidas por la plataforma ORFEO y SDQS.	Actas de intervención y se envia repueta via mail a etozcorrepondencia@gmail.com
Disponer tiempos para reaccionar ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Localidad	SI	Se realiza socializacion de emergencia ambiental y covid-19	Informe a la lider ETOZ
Preparar, presentar, participar en los procesos de auditorías internas y externas a las actividades programadas.	SI	Se realiza proceso de preauditoria	Acta
Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo	SI	Se utiliza adecuadamente los recursos fisicos y logisticos a mi cargo	Acta
Seguimiento y análisis periódico de los casos objeto de canalización del Componente	NO	No se programaron este mes	NA
Elaborar y Consolidar respuesta de Glosas Parciales y Definitivas	NO	No se programaron este mes	NA

Realizar el direccionamiento técnico de la línea de intervención correspondiente, en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental del Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC.	**NO**	No se programaron este mes	NA
Presentar los soportes de las actividades ejecutadas en vigilancia sanitaria por la subred en el marco del contrato PSPIC en los procesos de asistencia técnica, seguimiento y control programados por la SDS.	**NO**	No se programaron este mes	NA
Elaboración y remisión de la información solicitada por SDS o cualquier entidad que lo requiera, de manera completa y oportuna	**NO**	No se programaron este mes	NA
Realizar, consolidar y entregar productos derivados de los procesos del liderazgo de las líneas operativas de manera mensual máximo el 4 día hábil del mes siguiente al desarrollo de sus actividades.	**NO**	No se programaron este mes	NA
Generar procesos de articulación de vigilancia en salud ambiental con Vigilancia en Salud Pública, espacios de vida cotidiana y gobernanza; así como participar en las acciones transversales según los productos y actividades de los lineamientos del PSPIC	**NO**	No se programaron este mes	NA
Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables.	**NO**	No se programaron este mes	NA
Realizar programaciones, redistribuciones y reformulación de las intervenciones de cada una de las líneas de intervención teniendo en cuenta la dinámica de talento humano y demás particularidades de las localidades objeto del desarrollo de actividades.	**NO**	No se programaron este mes	NA
Apoyo a la gestión administrativa del componente de salud ambiental, o demás procedimientos delegados por la referente en vigilancia en salud ambiental	**NO**	No se programaron este mes	NA

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3570149 tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos moneda corriente

FIRMA DEL CONTRATISTA

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS, CC 52231877 Btá

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52231877	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	CL 12 C 71 C 81 casa 19 e etapa 4	4596541	yravilan@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	08/03/2021	49161619	$470.500	

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	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	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	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	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										
14-11	ARL SURA	830903790-5	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.600	0	0	28.600	1

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	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	1	28.600	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	470.500	470.500

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

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	52231877	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS		CL 12 C 71 C 61 casa 19 a etapa 4	4596541	yravilan@gmail.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	08/03/2021	49161619	$470.600	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	VSP	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VTE	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
CC	52231877	AVILA NAVAS YOHANA ROCIO	59	0			N																	230301	1.428.060	228.500	0	0	0	0	EPS008	1.428.060	178.600	14-11	1.428.060	3	34.800	CCF24	1.428.060	28.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá DC 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 X o NO _____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
Mariana Gotuaro Avila	1014885192	Hija	7años	2do pri-maria	Gimnasio Bilingüe Campestre Nueve Cerros.

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 $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Artículo 383 del ET SI _____ NO X o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO X

Atentamente

NOMBRE Yohana Rocio Avila Nava
C.C 52231877 Bta
UNIDAD

FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14683794640

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 522318772 — 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 32

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida	2 Cédula de Ciudadania	13 5223187 7	19950808

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá. D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AVILA	NAVAS	YOHANA	ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169 Bogotá D.C.	11 Bogotá. D.C. 001

41. Dirección principal: CL 12 C 71 C 61 CA 19 A ET 4

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
yravilan@gmail.com		4596541	3115230421

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
8523	20170218	7500	20060203			2225	

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: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código:

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: 20200215

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantaran los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

984. Nombre: AVILA NAVAS YOHANA ROCIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2020 11:14:53PM

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) YOHANA ROCIO AVILA NAVAS identificado(a) con cedula ciudadania No. 52231877, funcionario(a) de YOHANA ROCIO AVILA NAVAS, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES CIENTO CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS ($2.104.200,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 20191001 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
13195108	20191101	$ 175,350
13195109	20191225	$ 175,350
13195110	20200203	$ 175,350
13195111	20200203	$ 175,350
13195112	20200306	$ 175,350
13195113	20200331	$ 175,350
13195114	20200429	$ 175,350
13195115	20200530	$ 175,350
13195116	20200701	$ 175,350
13195117	20200731	$ 175,350
13195118	20200901	$ 175,350
13195119	20200901	$ 175,350
Total		**$ 2,104,200**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 18 días del mes de marzo de 2021.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) YOHANA ROCIO AVILA NAVAS identificado(a) con cedula ciudadania No. 52231877, funcionario(a) de YOHANA ROCIO AVILA NAVAS, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, por el cual ha cancelado la suma de NOVECIENTOS DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS ($902.790,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 20201001 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
14941209	20201113	$ 177,500
14978925	20201113	$ 177,500
14978926	20201228	$ 177,350
14978927	20210205	$ 185,220
14978928	20210307	$ 185,220
Total		**$ 902,790**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 18 días del mes de marzo de 2021.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12653051

VIGILADO SuperSubsidio

compensar salud
Plan Complementario

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12653049

VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) YOHANA ROCIO AVILA NAVAS identificado(a) con cedula ciudadania No. 52231877, se encuentra afiliado(a) al programa PC ESPECIAL CON POS según información relacionada a continuación:

Nombre	Identificación	Parentesco	Vigencia Contratada
YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	52231877	TR	Desde: 20181101, Vigente a la fecha
MARIANA GUEVARA AVILA	1014885192	HI	Desde: 20181001, Vigente a la fecha
NESTOR ROLANDO GUEVARA CAMACHO	1032362373	CY	Desde: 20210301, Vigente a la fecha

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 18 días del mes de marzo de 2021.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS

VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) YOHANA ROCIO AVILA NAVAS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52231877, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Valor Mensual
YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	52231877	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL	$ 92.610
MARIANA GUEVARA AVILA	1014885192	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL	$ 92.610
				Total Mensual Grupo Familiar	**$ 185.220**

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 18 días del mes de marzo de 2021.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 12638248

VIGILADO Supersubsidio

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS

C.C 52231877 DE BOGOTA

La suma de $ 3570149/tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos moneda corriente, por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO VETERINARIO durante el periodo de 01 al 31 de MARZO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3455/2021.

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS

C.C. 52231877 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 10821808010