

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

No. del Contrato:	074-2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$	256.810.000,00	Fecha de trámite:	28/12/2017
Fecha suscripción contrato:	23/05/2017	Nombre del Contratista:	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR - COLSUBSIDIO			
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	23517			
Fecha Acta de Inicio:	30/05/2017	Fecha terminación	31/12/2017			
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL Y A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DIRIGIDOS A LOS FUNCIONARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR.					
				Fuente de los Recursos	Inversión	26/05/2017
				Tipo Identificación	NIT	860007336-1

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 561.200	11	\$ 7.851.600
2	\$ 11.573.200	12	\$ 8.111.000
3	\$ 14.491.815	13	\$ 24.519.740
4	\$ 8.559.100	14	\$ 31.481.390
5	\$ 4.050.000	15	\$ 1.729.500
6	\$ 17.963.495	16	\$ 40.167.590
7	\$ 9.118.800	17	\$ 1.067.050
8	\$ 1.128.800	18	\$ 38.321.479
9	\$ 470.700	19	
10	\$ 27.755.590	20	
		TOTAL \$ 248.922.049	
		% EJECUCIÓN 97%	

Notas:
 *Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

No. Del pago	19	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 1.928.801,00	Factura No.	9410007766 / 9410007765 / 9410007767
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.959.150			Fecha de la Factura:	26/12/2017

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:		X
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:	Valor Salud Valor Pensión Valor ARL Total Pagos \$	NA
Persona Natural: Constancia de pago de aportes a Salud, Pensión, y Riesgos Laborales. Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.		
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		X

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventor) del contrato anteriormente descrito, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato

Dependencia: GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre: ADRIANA HELENA GALVIS BUITRAGO

Documento Identidad: 51.920.689

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

Dependencia: GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia
 Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777
 www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co

28 DEC 2017

11:07 AM.



10

11

12

13

14

15

16

17

18

19



ORIGINAL

Pag: 1 de 1

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

860007336-1

Calle 26 N°. 25-50

Gran Contribuyente Regimen Común

Agente Retenedor de IVA e ICA

Autorretenedores segun resolución N°. 00220 de Enero 19 de 2004



Cliente : SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILI

Identificación : 860503600

Dir. entrega : CALLE 45A N°9-46

Teléfono : 3487800

Contacto :

Forma de Pago: Cheque Transferencia-Cruce de Cuentas-Efectivo

Factura de Venta

No. 9410007766 CONTROL 0

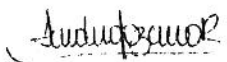
Fecha de Expedición : 26.12.2017

Fecha de Vencimiento : 25.01.2018

Servicio: Salud

Ofic. Venta:

Nro. Pedido: 131059

Código	Descripción	Cant	Und	Valor Item	Vlr Total Dto	% Iva	Valor IVA	Valor Total
70020051	IMPLEMENTACION DEL SG-SST	1	UN	4.050.000	0	0	0	4.050.000
Observaciones:ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SALUD OCUPACIONAL PEP, SE ADJUNTAN SOPORTES. CONTRATO No 074 DE 2017 PAGO No 43 GC.					SUBTOTAL 4.050.000 COPAGO CUOTA MODERADORA 0 IVA 05% 0 IVA 16% 0 IVA 19% 0 TIMBRE 0 TOTAL 4.050.000			
TOTAL EN LETRAS: CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS								
Autorizo (Firma v Sello)		Recibido (Firma y Sello)			Aceptado (Firma y Sello)			
								

Formas de Pago
Banco Davivienda Cta de Ahorros N°.0070-0014586-7
Centros de Servicio Colsubsidio
Servicio Transaccional Colsubsidio www.colsubsidio.com

Una vez realizado el pago, favor enviar soporte
al fax n°. 3685848 o al correo
seccion.facturacioncartera@colsubsidio.com

Pasados 10 Días calendario desde su radicación no se aceptan devoluciones y se entiende por aceptada

Resolución de Autorización No. 310000091573 del 22 de febrero de 2016 correspondiente a la numeración prefijo 941 desde el 1 al 2000000

NEYDESPL

Referencia de Pago: 405001000000009410007766



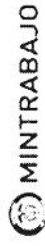
(415)7701009006415(8020)405001000000009410007766(8020)000860503600

CLIENTE		IDENTIFICACIÓN	VALOR TOTAL	FECHA DE PAGO		
SUPERINTENDENCIA DE		860503600		DD 4.050.000	MM	AAAA
				FORMA DE PAGO		
				MEDIO DE PAGO		VALOR
				Valor Cheque	No.	\$
				Valor Cheque	No.	\$
				Valor Efectivo		\$

IMPRESO POR COLSUBSIDIO NIT 860.007.336-1 TEL. 3431899



SuperSubsidio



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN										
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN N° 074 de 23 MAYO DEL 2017										
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales y de apoyo en la ejecución del Programa de Clima y Cultura Organizacional y a la implementación del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigidos a los funcionarios de la Superintendencia del Subsidio Familiar.			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	23 DE MAYO 2017		FECHA DEL INFORME:	2017/12/22		
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	PRÓRROGAS:		NO		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		31-dic-17			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$	229,000,000.00	ADICIONES:	SI		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 256,810,000.00			
Periodo correspondiente del pago:	Desde:	Diciembre	Hasta:	Diciembre		Pago No.:	43		Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)	94.06%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Asesoría para la implementación del SG-SST									
OBSERVACIONES:	Valor: \$4.050.000									
Diana Mildred Rodríguez Roberto Caja Colombiana de Subsidio Familiar				Adriana Helena Galvis Buitrago Supervisor del contrato						
				Profesional Especializado Ps. Bienestar Institucional Grupo de Gestión del Talento Humano - SG Superintendencia del Subsidio Familiar						
C.C. 1020724157 de Bogotá										





ORIGINAL

Pag: 1 de 1

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

860007336-1

Calle 26 N°. 25-50

Gran Contribuyente Regimen Común

Agente Retenedor de IVA e ICA

Autorretenedores segun resolución N°. 00220 de Enero 19 de 2004



Cliente : SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILI

Identificación : 860503600

Dir. entrega : CALLE 45A N°9-46

Teléfono : 3487800

Contacto :

Forma de Pago: Cheque Transferencia-Cruce de Cuentas-Efectivo

Factura de Venta

No. 9410007765 CONTROL 3

Fecha de Expedición : 26.12.2017

Fecha de Vencimiento : 25.01.2018

Servicio: Salud

Ofic. Venta:

Nro. Pedido: 131060

Código	Descripción	Cant	Und	Valor Item	Vir Total Dto	% IVA	Valor IVA	Valor Total
70020051	GESTION DE RIESGO PSICOSOCIAL	1	UN	1.470.000	0	0	0	1.470.000
Observaciones: ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SALUD OCUPACIONAL RIESGO PSICOSOCIAL, SE ADJUNTAN SOPORTES. CONTRATO No 074 DE 2017 GC.								
SUBTOTAL								1.470.000
COPAGO CUOTA MODERADORA								0
IVA 05%								0
IVA 16%								0
IVA 19%								0
TIMBRE								0
TOTAL								1.470.000
TOTAL EN LETRAS: UN MILLÓN CUATROCIENTOSSETENTA MIL PESOS								
Autorizo (Firma y Sello)		Recibido (Firma y Sello)			Aceptado (Firma y Sello)			

Formas de Pago
Banco Davivienda Cta de Ahorros N°. 0070-0014586-7
Centros de Servicio Colsubsidio
Servicio Transaccional Colsubsidio www.colsubsidio.com

Una vez realizado el pago, favor enviar soporte al fax n°. 3685848 o al correo seccion.facturacioncartera@colsubsidio.com

Pasados 10 Días calendario desde su radicación no se aceptan devoluciones y se entiende por aceptada

Resolución de Autorización No. 310000091573 del 22 de febrero de 2016 correspondiente a la numeración prefijo 941 desde el 1 al 2000000

NEYDESPL

Referencia de Pago: 405001000000009410007765



(415)7701009006415(8020)405001000000009410007765(8020)000860503600

CLIENTE		IDENTIFICACION	VALOR TOTAL	FECHA DE PAGO			
SUPERINTENDENCIA	DE	860503600		DD	1.470.000	MM	AAAA
				FORMA DE PAGO			
				MEDIO DE PAGO		VALOR	
				Valor Cheque	No.	\$	
				Valor Cheque	No.	\$	
				Valor Efectivo		\$	

IMPRESO POR COLSUBSIDIO NIT 860.007.336-1 TEL. 3431899



SuperSubsidio



TODOS POR UN
NUEVO PAIS
NUEVA IGUALDAD EDUCATIVA

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN									
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN N° 074 de 23 MAYO DEL 2017									
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales y de apoyo en la ejecución del Programa de Clima y Cultura Organizacional y a la implementación del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigidos a los funcionarios de la Superintendencia del Subsidio Familiar.			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	23 DE MAYO 2017		FECHA DEL INFORME:	2017/12/22	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	PRÓRROGAS:			NO		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		31-dic-17	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 229,000,000.00			ADICIONES:		SI		VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 256,810,000.00	
Periodo correspondiente del pago:	Desde: Diciembre			Hasta: Diciembre			Pago No.: 44		Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato) 94.64%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Asesoría para la implementación del SG-SST								
OBSERVACIONES:	Valor: \$1.470.000								
Sandra Yanira Leal Ortiz Caja Colombiana de Subsidio Familiar				Adriana Helena Galvis Buitrago Supervisor del contrato					
				Profesional Especializado Ps. Bienestar Institucional Grupo de Gestión del Talento Humano - SG Superintendencia del Subsidio Familiar					
C.C. 52095671 de Bogotá									





COMPROBANTE DE SERVICIO

Actividades Salud Ocupacional

GERENCIA IPS - SALUD EMPRESARIAL

CARRERA 24 No. 62-50, 5to PISO TELEFONO 3438220 FAX 3438140

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR. NIT 860.007336-1

DIA	MES	AÑO
22	12	2017

COTIZACION No. _____ (Presentada por Colsubsidio)

Nombre ó **SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

Razón Social y/o Empresa que solicita los servicios y a quien se le debe Facturar

Nit 8605039600-9 46, Cl. 45a #9, Bogot

a quien se le debe Facturar

Dirección de la actividad

Teléfono 320 3340062

Fax _____

Correo agalvisb@ssf.gov.co

Señalar con una X la casilla que corresponda:

Unidad Móvil 1
Unidad Móvil 2
Punto Fijo

SI	NO
x	

Número y orden de compra o de Servicio

anexar este documento

Fechas limite para Colsubsidio presentar la Factura

Dirección para Colsubsidio radicar la Factura

ANEXOS PARA LA PRESENTACION DE LA FACTURA

ORDEN DE COMPRA DE LA EMPRESA No. _____

SI

NO

SOPORTES

SI

NO

LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS

SI

NO

INFORMACION TRIBUTARIA

REGIMEN TRIBUTARIO

TIPO CONTRIBUYENTE

EXENTO

Afiliado?

COMUN

GRAN

AUTORRETENEDOR

SI

SIMPLIFICADO

PEQUEÑO

AGENTE RETENEDOR

NO

SERVICIOS QUE CANCELA LA EMPRESA MEDIANTE FACTURA

Servicio	Cant.	Servicio	Cant.
actividad Asalto teatral "El Lazo irrompible" (trabajo en equipo), para efectuar el cierre del SGSST	8 HORAS		

Total actividades

Total actividades en letras

DATOS DE LA EMPRESA

DATOS DE COLSUBSIDIO

Nombre ORLIANA H. GALVIS B

Nombre SANDRA YANIRA LEAL ORTIZ

Cargo Prof. especializado

Cargo PSICOLOGA OCUPACIONAL

Cédula 51.920.609

Cédula 52095671

Firma y Sello

Firma

Persona responsable y/o autorizada de la Empresa Contratante

Del profesional Asignado por Colsubsidio

NOTA: Este documento se constituye en un soporte para la presentación de la factura, por favor revisar que la información sea correcta y completa. Por favor diligenciar y emitir una (1) copia.



ORIGINAL

Pag: 1 de 2

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

860007336-1

Calle 26 N°. 25-50

Gran Contribuyente Regimen Común

Agente Retenedor de IVA e ICA

Autorretenedores según resolución N°. 00220 de Enero 19 de 2004



Cliente : SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILI

Identificación : 860503600

Dir. entrega : CALLE 45A N°9-46

Teléfono : 3487800

Contacto :

Forma de Pago: Cheque Transferencia-Cruce de Cuentas-Efectivo

Factura de Venta

No. 9410007767 CONTROL 8

Fecha de Expedición : 26.12.2017

Fecha de Vencimiento : 25.01.2018

Servicio: Salud

Ofic. Venta:

Nro. Pedido: 129693

Código	Descripción	Cant	Und	Valor Item	Vir Total Dto	% IVA	Valor IVA	Valor Total
70010249	AUDIOMETRIAS	4	UN	18.750	0	0	0	75.000
70010335	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCU	3	UN	35.900	0	0	0	107.700
70010246	EXAMEN MEDICO RETIRO	1	UN	21.000	0	0	0	21.000
70010247	OPTOMETRIA	3	UN	18.750	0	0	0	56.250
70010356	GLICEMIA	4	UN	7.000	0	0	0	28.000

Pasa a La siguiente hoja.....

Autorizo (Firma y Sello)	Recibido (Firma y Sello)	Aceptado (Firma y Sello)

Formas de Pago
Banco Davivienda Cta de Ahorros N°.0070-0014586-7
Centros de Servicio Colsubsidio
Servicio Transaccional Colsubsidio www.colsubsidio.com

Una vez realizado el pago, favor enviar soporte
al fax n°. 3685848 o al correo
seccion.facturacioncartera@colsubsidio.com

Pasados 10 Días calendario desde su radicación no se aceptan devoluciones y se entiende por aceptada

Resolución de Autorización No. 310000091573 del 22 de febrero de 2016 correspondiente a la numeración prefijo 941 desde el 1 al 2000000

NEYDESPL

Referencia de Pago: 40500100000009410007767



(415)7701009006415(8020)40500100000009410007767(8020)000860503600

CLIENTE	IDENTIFICACIÓN	VALOR TOTAL	FECHA DE PAGO		
SUPERINTENDENCIA	DE 860503600		DD	MM/AA	AAAA
			FORMA DE PAGO		
			MEDIO DE PAGO		VALOR
			Valor Cheque	No.	\$
			Valor Cheque	No.	\$
			Valor Efectivo		\$

IMPRESO POR COLSUBSIDIO NIT 860.007.336-1 TEL. 3431899



ORIGINAL

Pag: 2 de 2

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

860007336-1

Calle 26 N°. 25-50

Gran Contribuyente Regimen Común

Agente Retenedor de IVA e ICA

Autorretenedores segun resolución N°. 00220 de Enero 19 de 2004



Cliente :SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILI

Identificación :860503600

Dir. entrega :CALLE 45A N°9-46

Teléfono :3487800

Contacto :

Forma de Pago: Cheque Transferencia-Cruce de Cuentas-Efectivo

Factura de Venta

No. 9410007767 CONTROL 8

Fecha de Expedición : 26.12.2017

Fecha de Vencimiento : 25.01.2018

Servicio: Salud

Ofic. Venta:

Nro. Pedido: 129693

Código	Descripción	Cant	Und	Valor Item	Vir Total Dto	% IVa	Valor IVA	Valor Total
70010413	PERFIL LIPIDICO	4	UN	37.800	0	0	0	151.200
Observaciones:ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SALUD OCUPACIONAL INTRAMURAL, SE ADJUNTAN SOPORTES. CONTRATO No 074 DE 2017 GC.					SUBTOTAL		439.150	
					COPAGO CUOTA MODERADORA		0	
					IVA 05%		0	
					IVA 16%		0	
					IVA 19%		0	
					TIMBRE		0	
					TOTAL		439.150	
TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOSTREINTA Y NUEVE MIL CIENCINCIENTA PESOS								
Autorizo (Firma v Sello)			Recibido (Firma y Sello)			Aceptado (Firma y Sello)		

Formas de Pago
Banco Davivienda Cta de Ahorros N°.0070-0014586-7
Centros de Servicio Colsubsidio
Servicio Transaccional Colsubsidio www.colsubsidio.com

Una vez realizado el pago, favor enviar soporte
al fax n°. 3685848 o al correo
seccion.facturacioncartera@colsubsidio.com

Pasados 10 Días calendario desde su radicación no se aceptan devoluciones y se entiende por aceptada

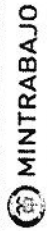
Resolución de Autorización No. 310000091573 del 22 de febrero de 2016 correspondiente a la numeración prefijo 941 desde el 1 al 2000000

NEYDESPL

IMPRESO POR COLSUBSIDIO NIT 860.007.336-1 TEL. 3431899



SuperSubsidio



MINTRABAJO

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
NUEVA EQUIDAD EDUCATIVA

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN									
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN N° 074 de 23 MAYO DEL 2017									
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales y de apoyo en la ejecución del Programa de Clima y Cultura Organizacional y a la implementación del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigidos a los funcionarios de la Superintendencia del Subsidio Familiar.		FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	23 DE MAYO 2017	FECHA DEL INFORME:	2017/12/26			
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	PRÓRROGAS:		NO	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		31-dic-17			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$	229,000,000.00	ADICIONES:	SI	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$	256,810,000.00		
Periodo correspondiente del pago:	Desde: Diciembre	Hasta: Diciembre	Pago No.:	45	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)		94.81%		
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Exámenes egreso ingreso intramural								
OBSERVACIONES:	Valor: \$ 439.150								
Juan Sebastian Giraldo Betancur Caja Colombiana de Subsidio Familiar			Adriana Helena Galvis Buitrago Supervisor del contrato						
C.C. 105375329 Manizales			Profesional Especializado Ps. Bienestar Institucional Grupo de Gestión del Talento Humano - SG Superintendencia del Subsidio Familiar						



CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860,007,336-1

Nombre de la Persona que Aprueba la Orden **ADRIANA HELENA GALVIS BUITRAGO**

Cargo **Profesional Especializado** Teléfono **3487800 EXT. 7797**

DATOS INGRESO DE PACIENTE SALUD EMPRESARIAL

Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ Otro ☐ Número **52.330.051**
Primer Nombre **NACY** Segundo Nombre **YASMIN**
Primer Apellido **VELÁSQUEZ** Segundo Apellido **MORENO**
Fecha de Nacimiento Día **31** Mes **ENERO** Año **1975** Lugar de Nacimiento **SUPATÁ/CDMARCA**
Estado Civil **_____** Ocupación o Cargo **Técnico Administrativo** Escolaridad **TÉCNICO**
EPS **COMPENSAR** ARL **POSITIVA** RH **O+** Estrato **3**
Dirección de Residencia **Calle 23 D # 85 A - 51, Fontibón, Int 9 Apto 523** Teléfono **3112711216**
Correo Electrónico **wiwijasmin@gmail.com** Localidad **_____**

NOS PERMITIMOS SOLICITAR LA AUTORIZACION DEL SIGUIENTE EXAMEN AL CANDIDATO U TRABAJADOR

ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL A EJECUTAR

Valoración Médica de Salud Ocupacional:

Énfasis de la Valoración Médica:

890202OXI	Pre-Ocupacional (Ingreso)	
890302OVI	Programada (Periódica)	
890302OEI	Post-Ocupacional (Retiro)	X
890302OGI	Cambio de Cargo	
890302OHI	Post-Incapacidad	

Trabajo en Alturas	Consulta Médico Salud Ocupacional - Consulta Psicología - Optometría - Audiometría - Electrocardiograma, Perfil lipídico (Colesterol Total, LDL, HDL, TG) - Glicemia Basal	
Manipulador de Alimentos	Consulta con Médico Salud Ocupacional - Laboratorios: KOH uñas, Coprológico, Frotis Faringeo	
Evaluación Osteomuscular	Consulta con Médico Salud Ocupacional (más 1 énfasis) Consulta con Médico Salud Ocupacional (más 2 énfasis) Consulta con Médico Salud Ocupacional (más 3 énfasis) Consulta con Terapeuta Física	
Evaluación para Conductores	Consulta con Médico Salud Ocupacional - Optometría y Audiometría	
Evaluación Cardiovascular	Consulta con Médico Salud Ocupacional, Electrocardiograma y Laboratorios	
Anexo Respiratorio	Consulta con Médico Salud Ocupacional	

Paraclínicos:

950601OXI	Visiometría	
890207OXI	Optometría	X
954100OXI	Audiometría	X
893808OXI	Espirometría	

Exámenes de Laboratorio:

902210	Cuadro Hemático	
902212	Hemoclasificación	
907106	Parcial de Orina	

	Perfil Lipídico sin Glicemia	
	Perfil Lipídico con Glicemia	X
903841	Glicemia Basal o Glucosa	

907002	Coprológico	
904508	Prueba Embarazo	
901321	Strepto A test	

Exámenes de Radiología:

871010	RX Columna Cervical	
871030	RX Columna Dorsal	
871040	RX Columna Lumbosacra	

Exámenes Complementarios:

892901PK1	Citología Cervicovaginal	
904902	TSH	
895101OAI	Electrocardiograma (EKG)	

Otros:

901305	Examen [KOH]	
901217	Cultivos	
	SALUD ORAL	

SOLICITUDES DE VACUNACION

Vacunas:

VACUNA ANTIRRABICA	VACUNA HEPATITIS B	VACUNA DPTA HEXVALENTE	# de Dosis autorizadas
VACUNA DPT ACELULAR	VACUNA DPT ACELULAR GESTANTES	VACUNA INFLUENZA	
VACUNA FIEBRE AMARILLA	VACUNA CONTRA DPT + IPV	VACUNA CONTRA SRP + VARICELA	
VACUNA FIEBRE TIFOIDEA	VACUNA INFLUENZA A Y B	VACUNA INFLUENZA (VAXIGRIP)	
VACUNA HERPES ZOSTER	VACUNA MENINGOCO AC W135+TOX D	VACUNA CONTRA VARICELA	
VACUNA HEPATITIS A ADULTO	VACUNA CONTRA DIFTERIA Y TETANO	VACUNA CONTRA SRP + VARICELA	
VACUNA HEPATITIS A NIÑO	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	VACUNA CONTRA VPH BIVALENTE	
VACUNA HEPATITIS A y B	VACUNA DPTA HEPB HIB PENTAVALENTE	VACUNA CONTRA VPH TETRAVALENTE	

Observaciones:

Examen medico con énfasis en osteomuscular y cardio vascular, perfil lipídico que incluya colesterol total y colesterol HDL colesterol LDL triglicéridos y glicemia

Fecha Límite para presentar Facturas

Dirección en donde Colsubsidio Radica las Facturas

FECHA	día	mes	año

Nombre a quien se dirige la factura

Teléfono

Requisitos o soportes para facturar:

Adriana Helena Galvis Buitrago
FIRMA DEL CLIENTE

ESTE DOCUMENTO SE CONSTITUYE EN UNA AUTORIZACION Y/O SOPORTE PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA

Sede CALLE 63: Carrera 24 # 62-50 Piso 3 ----- Sede MAZUREN: Calle 152 # 53a-05 Piso 3 ----- CALL CENTER Tel. 7450999 Opcion 2 Opcion 3

Lista Citas

Fecha Inicio (yyyy-mm-dd)	2017-12-26	Fecha fin (yyyy-mm-dd)	2017-12-26	Sede	
Médico	POR ASIGNAR	Procedimiento			
Estado		No. Documento/Nombres		Consultar	

HA REALIZADO UNA CONSULTA POR: Fecha Inicio="2017-10-01" Fecha Fin="2017-12-26"
Estado="Atendida" Paciente="53029066"

Cita No.	Documento	Paciente	Telefono	EPS	Procedimiento	Sede	Médico	Fecha Cita	Creada por	Fecha Creación	Modificada por	Fecha Modificación	Estado	Comentarios
8415	53029066	MARIA FERNANDA MARIN VASQUEZ	3020163 3165000643	ALIANSA E.P.S.	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	VIVIANA KATHERINE AVELLANEDA RAMIREZ	2017-10-28 12:20	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-27 01:23:33			Atendida	INGRESO
8416	53029066	MARIA FERNANDA MARIN VASQUEZ	3020163 3165000643	ALIANSA E.P.S.	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	VIVIANA KATHERINE AVELLANEDA RAMIREZ	2017-10-28 13:10	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-27 01:23:33			Atendida	INGRESO
8619	53029066	MARIA FERNANDA MARIN VASQUEZ	3020163 3165000643	ALIANSA E.P.S.	Laboratorio Clinico	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	IVANA CAROLINA VILLATE SUELTA	2017-10-28 06:00	FABIAN MONCADA RIVERA	2017-10-28 06:36:52	FABIAN MONCADA RIVERA	2017-10-28 06:39:24	Atendida	
8623	53029066	MARIA FERNANDA MARIN VASQUEZ	3020163 3165000643	ALIANSA E.P.S.	AUDIOMETRIA	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	MARIA CONSTANZA BUITRAGO LIZARAZO	2017-10-28 09:45	FABIAN MONCADA RIVERA	2017-10-28 06:40:25			Atendida	

Lista Citas

Fecha Inicio (yyyy-mm-dd)	2017-12-26	Fecha fin (yyyy-mm-dd)	2017-12-26	Sede	
Médico	POR ASIGNAR	Procedimiento			
Estado		No. Documento/Nombres		Consultar	

HA REALIZADO UNA CONSULTA POR: Fecha Inicio="2017-10-01" Fecha Fin="2017-12-26"
Estado="Atendida" Paciente="35525437"

Cita No.	Documento	Paciente	Telefono	EPS	Procedimiento	Sede	Médico	Fecha Cita	Creada por	Fecha Creación	Modificada por	Fecha Modificación	Estado	Comentarios
9457	35525437	CLAUDIA LUCERO AVILA	3588952	SURA E.P.S.	Laboratorio Clínico	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	IVANA CAROLINA VILLATE SUELTA	2017-10-31 07:55	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-31 07:56:10			Atendida	
9271	35525437	CLAUDIA LUCERO AVILA	3588952	SURA E.P.S.	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	CESAR AUGUSTO CHAPARRO GONZALEZ	2017-10-31 10:00	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-30 03:55:12	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-31 07:58:51	Atendida	INGRESO
9269	35525437	CLAUDIA LUCERO AVILA	3588952	SURA E.P.S.	AUDIOMETRIA	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	MARIA CONSTANZA BUITRAGO LIZARAZO	2017-10-31 10:30	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-30 03:55:12			Atendida	INGRESO
9270	35525437	CLAUDIA LUCERO AVILA	3588952	SURA E.P.S.	OPTOMETRIA	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	OPTICENTRO CALLE 63 PISO 1	2017-10-31 10:45	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-10-30 03:55:12	ANGIE VANESSA CANAS ORTIZ	2017-10-31 10:22:36	Atendida	INGRESO

Lista Citas

Fecha Inicio
(yyyy-mm-dd) 2017-12-26

Fecha fin
(yyyy-mm-dd) 2017-12-26

Sede

Médico POR ASIGNAR

Procedimiento

Estado

No.
Documento/Nombres

Consultar

HIA REALIZADO UNA CONSULTA POR: Fecha Inicio="2017-10-01" Fecha Fin="2017-12-26"
Estado="Atendida" Paciente="52007338"

Cita No.	Documento	Paciente	Telefono	EPS	Procedimiento	Sede	Médico	Fecha Cita	Creada por	Fecha Creación	Modificada por	Fecha Modificación	Estado	Comentarios
25166	52007338	DIANA ESPERANZA PINEDA SEGURA	3053505335	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	Laboratorio Clinico	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	IVANA CAROLINA VILLATE SUELTA	2017-11-25 08:40	OSCAR STEVEN MEJIA GAMEZ	2017-11-25 07:43:18			Atendida	
20645	52007338	DIANA ESPERANZA PINEDA SEGURA	3053505335	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	ENFASIS OSTEOMUSCULAR FISIOTERAPEUTA	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	DEICY PAOLA CHINCHILLA CACERES	2017-11-24 12:00	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-11-20 12:59:11			Atendida	EGRESO
20642	52007338	DIANA ESPERANZA PINEDA SEGURA	3053505335	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	AUDIOMETRIA	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	MARIA CONSTANZA BUITRAGO LIZARAZO	2017-11-24 08:45	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-11-20 12:59:11			Atendida	EGRESO
20644	52007338	DIANA ESPERANZA PINEDA SEGURA	3053505335	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	LADY KATHERINE AMAYA ROJAS	2017-11-24 12:40	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-11-20 12:59:11	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-11-24 09:04:15	Atendida	EGRESO
20643	52007338	DIANA ESPERANZA PINEDA SEGURA	3053505335	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	OPTOMETRIA	SALUD EMPRESARIAL CALLE 63	OPTICENTRO CALLE 63 PISO 1	2017-11-24 12:45	DIANA MARCELA VARGAS LINARES	2017-11-20 12:59:11	DIANA CAROLINA BUSTOS TRIANA	2017-11-24 08:55:24	Atendida	EGRESO



Informe especial del revisor fiscal

A la Dirección Administrativa de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar
"COLSUBSIDIO"

18 de diciembre de 2017

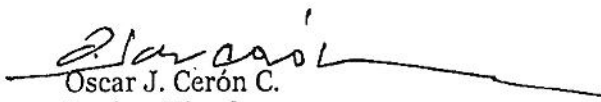
En mi calidad de revisor fiscal de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar "COLSUBSIDIO", he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Corporación por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el período de doce (12) meses comprendidos entre el 1 de diciembre de 2016 al 30 de noviembre de 2017. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Corporación como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

- a) Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
- b) Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la Corporación.
- c) Comparación del listado obtenido según se menciona en el literal anterior, con los documentos soportes de los respectivos pagos efectuados por la Corporación.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que a la fecha del presente informe, la Corporación se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Este informe es para uso exclusivo de la administración de la Corporación, en relación con sus operaciones y negocios en los que de acuerdo con la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002 artículo 50, se requiere acreditar el pago de los aportes parafiscales y no debe ser utilizado para ningún otro propósito.



Oscar J. Cerón C.

Revisor Fiscal

Tarjeta profesional 134554-T

