| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LILIANA ANDREA MOLINA ACOSTA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1033738334 | |
| CORREO ELECTRONICO: | liliandreit@gmail.com | | | | CELULAR: | 3142167699 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CARTERA 11 PUENTE ARANDA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU40R25 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870470301 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4301 | | | VIGENCIA | 2023 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1413 | FECHA | 2023-06-22 14:38:22.000 | NÚMERO DE CRP | 33282 | FECHA | 2023-06-30 13:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | APOYO TECNOLOGICO I | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | | |
| | | 2023-06-01 | | 2023-06-30 | | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,646,971 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | | |

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: | $9,793,793 |
| VALOR EJECUTADO | $9,793,793 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,646,971 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 68070992 | $1,058,788 | $132,349 | $169,406 | 3 | $25,792 | $327,547 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MAURICIO ANTONIO JIMENEZ CASTELBLANCO
79329918
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Recibir del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realizar el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred. | 1. Recibi del area de cartera el 100% de las devoluciones generadas de los diferentes pagadores y realice el registro en el sistema de información o la herramienta de control definida en el proceso de la Subred. | 1. Se entrega base de datos actualizada con información de devoluciones recibidas |
| 2.Realizar los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de área | 2.Realice los informes requeridos y asignados para la presentación de la información a Junta directiva, direcciones y entes de Control o los requeridos por la líder de Facturación. | 2.Se entrega Informe de devoluciones especificando devoluciones recibidas, devoluciones contestadas y devoluciones radicadas |
| 3. Identificar los motivos de devolución, clasificar y gestionar ante las diferentes áreas para subsanar las objecciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC). | 3. Identifique los motivos de devolución, clasifique y gestione ante las diferentes áreas para subsanar las objeciones de las devoluciones ; (Rips, Autorización, Soportes, Cambio de Pagador, Dirección Errada, Soportes NO POS (CTC) | 3.Se entrega clasificación devoluciones por pagador y motivo para respectiva gestión de respuesta |
| 4. Construir conforme a los soportes clinicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolucion formulada ante los diferentes responsables de pago. | 4. Construí conforme a los soportes clínicos y administrativos gestionados, la respuesta a la devolución formulada ante los diferentes responsables de pago. | 4. Se entrega respuesta de devoluciones, oficio, matriz para respectiva radicación |
| 5. Realizar la radicación de la respuesta de la devoluciones en las diferentes entidades. | 5. Se Realiza la radicación de la respuesta de la devoluciones a la fecha por valor de $ 356.406.268 en las siguientes, FIDEICOMISO CAPITAL COOSALUD FAMISANAR ASMET POSITIVA MUNDIAL NUEVA COMPENSAR AXA COLPATRIA SOAT EQUIDAD SEGUROS | 5. Se Realiza la radicación de la respuesta de la devoluciones a la fecha por valor de $ 356.406.268 en las siguientes, FIDEICOMISO CAPITAL COOSALUD FAMISANAR ASMET POSITIVA MUNDIAL NUEVA COMPENSAR AXA COLPATRIA SOAT EQUIDAD SEGUROS |
| 6. Generar el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente. | 6. Genere el informe de devoluciones detallando la descripción de las facturas de acuerdo a los formatos estandarizados en la Subred Sur Occidente | 6.Se entrega informe mensual según estándar de la subred |
| 7. Realizar informe y consolidar la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos. | 7. Realice informe y consolide la información como Subred de la facturación devuelta recibida y pendiente por radicar, así como los motivos de la misma con el detallado definido en los formatos establecidos. | 7.Se entrega consolidado de información en respectiva base de datos |
| 8. Analizar e informar los indicadores de la facturacion radicada y devuelta y la relación de la devolución recibidas vs devoluciones contestadas. | 8.Se genera e informa devoluciones recibidas vs devoluciones respondidas | 8.Se entrega informe de devoluciones recibidas y respondidas durante el mes |
| 9. Realizar el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores. | 9. Realice el reporte mensual de oportunidades de mejora para mitigar la devolución de facturación por los diferentes pagadores | 9.se informo las dificultades en el proceso de respuesta de devoluciones y sus posibles soluciones |
| 10.Apoyar al servicio asignado en la solución de objecciones diariamente y diligenciar oportunamente la respuesta a las devoluciones. | 10.Apoye al servicio asignado en la solución de objeciones diariamente y diligencie oportunamente la respuesta a las devoluciones. | 10.Se entrega respuesta de devoluciones con respectivo radicado ante la entidad |
| 11.Programar y asistir a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones. | 11.Programe y asistí a las citas de conciliación con los diferentes pagadores para el trámite de las devoluciones y Con el área de cartera | 11.Se realiza entrega de Actas de trabajo y/o conciliaciones y respectivos planes de trabajo para una producción de $ 356.406.268 |
| 12. Asistir, participar y realizar las actividades de capacitación que se estructuren para fortalecer la información, las competencias, el conocimiento de la Subred, de los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros). | 12. Realice las capacitaciones requeridas con los motivos de devolución. | 12.Se socializa los mayores motivos de devolución recibidos por periodo con el fin de realizar planes de contingencia y mitigar devoluciones por dichos motivos |
| 13 Gestionar ante los entes de control si es necesario su intervensión para mitigar las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos | 13. Se realiza clasificación de documentación requerida para presentar solicitud ante a los entes de control. | 13.Se entrega clasificación de documentación |
| 14.Realizar mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera | 14.Realice mensualmente la conciliación de información consolidada de devoluciones con el área de cartera | 14. Se realizo la entrega de información requerida de las respuestas de las facturas trabajadas |
| 15. Realizar la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial. | 15.Realice la preparación documental para la presentación de reclamación a Supersalud o vía Judicial. | 15. Se realizan respectivos oficios soportados por pagador para presentación de reclamación a Supersalud. |
| 16. Realizar plan de trabajo y evaluar su ejecución mensual para programar y dar respuesta oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente. | 16. Realice plan de trabajo y evalué su ejecución mensual para programar y dar respuesta oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente. | 16. Contestación oportuna a las devoluciones en el marco de la Normatividad vigente. |

Copia Controlada Subred Sur Oficina

| | | |
|---|---|---|
| 17. Elaborar las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred. | 17. Elabore las comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred. | 17. Se realizan comunicaciones respectivas y asignadas en caso de que se encuentren situaciones o prácticas indebidas de las EPS para el adecuado flujo de recursos a la Subred. Y se informa a jefe de Área dicha situación. |
| 18. 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 de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo. | 18. Realice 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 de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo | 18. 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 de los mismos para lograr el trámite administrativo respectivo. |
| 19. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en la Subred en el área financiera. | 19. Realice las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las Unidades asignadas. | 19. Se trabajo levantamiento del inventario físico del área. |
| 20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de acciones realizadas para dar respuesta oportuna de las devoluciones de toda la subred, 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. | 20.En el mes se cumplió lo programado | 20.Cumplimiento de la programación durante el mes. |
| 21. 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 | 21. Mantuve 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 | 21. Mitigue las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario |

MAURICIO ANTONIO JIMENEZ CASTELBLANCO
79329918
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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 | 1033738334 | LILIANA ANDREA MOLINA ACOSTA | Cra 19 # 50A 34 sur | 9419607 | liliandreit@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-06 | 2023-06 | I | 11/07/2023 | 68845728 | $382.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 890903790-5 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 23.200 | 0 | 0 | 23.200 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 1 | 23.200 | 23.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 382.100 | 382.100 |

PAGADA

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 | 1033738334 | LILIANA ANDREA MOLINA ACOSTA | | Cra 19 # 50A 34 sur | 9419607 | liliandreit@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-06 | 2023-06 | I | 11/07/2023 | 68845728 | $382.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | 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 |
| 1 | CC | 1033738334 | MOLINA ACOSTA LILIANA ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 3 | 28.300 | CCF24 | 1.160.000 | 23.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

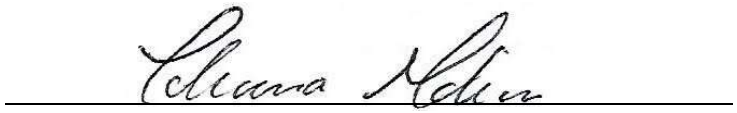
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LILIANA ANDREA MOLINA ACOSTA**
**C.C 1.033.738.334 DE Bogotá**

La suma de dos millones seiscientos cuarenta y seis mil novecientos setenta y un pesos m/cte. $2.646,971, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Financiera 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. como Tecnólogos I, durante el periodo del 1 al 31 de Julio de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4301-2023.



**LILIANA ANDREA MOLINA ACOSTA**
**C.C 1.033.738.334 DE Bogotá**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
**NUMERO 4870470301**