| 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: | katherine Barrera Mojica | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1115851159 | |
| CORREO ELECTRONICO: | cabmil14@hotmail.com | | | | CELULAR: | 5709722 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |

| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|
| | KE11B05 | 70 | KE11I05 | 30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | TIPO DE CUENTA: | AHORRO |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488436365750 | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2405 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 217 | FECHA | 2025-01-24 10:07:36.000 | NÚMERO DE CRP | 16074 | FECHA | 2025-02-02 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2025-04-01 | | 2025-04-30 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | $24,335,910 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $97,343,640 |
| VALOR EJECUTADO | $68,681,346 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $24,335,910 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $28,662,294 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 71% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 84940683 | $9,734,364 | $1,216,796 | $1,557,498 | 3 | $237,129 | $3,011,423 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JERSON SILVA VASCO
80219823
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 |
|---|---|---|
| Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema. | Evidencia en la Historia clinica en Dinámica web |
| Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | Se cumplen con las exigencias legales y éticas para el manejo adecudo de la historia clínica de los pacientes | Constatado en Dinámica web |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Se lleva registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas al paciente. | Regisro evidenciado por medio de la Historia clinica en Dinámica web |
| Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Participo en las actividades programadas del servicio | Mostrado en la historia clinica escrita o diligenciad en aplicativo Dinámia web |
| Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | Se informa al familiar sobre el estado del paciente pediatrico, plan de manejo y resultados de pruebas realizadas | Informe verbal registrado tambien en el formato de historia clinica |
| Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Adecuado diligencimiento de los formatos relacionados con la atención del paciente pediatrico cumpliendo con los criterios respectivos | Mostrado en la historia clinica escrita o diligenciad en aplicativo Dinámia Grencial. |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participo en las actividades de la subred, | Registro de asistencia por mail o actas |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Se reportan de fomra oportuna y adecuada los eventos de notificación obligatoria | Demostrado en el diligenciamiento de las respectivas fichas de notificación |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Realizacion de las respectivas fallas de calidad que se presentan en el servicio, participando activamente en los planes de mejora definidas para el servicio. | Registrado en la plataforma |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Comunicacion acertiva con el equipo de trabajo al momento de Impartir instrucciones sobre conductas definidas sobre el paciente pediatrico. | Evidenciado en el cumplimiento de la indicación |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Adecuado diligencimiento de los formatos relacionados con la atención del paciente pediatrico cumpliendo con los criterios respectivos | Mostrado en la historia clinica escrita o diligenciad en aplicativo Dinámica Web |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Se indica de forma escrita y verbal el seguimiento y control requerido segun la necesidad del paciente | Evidencia escrita bajo una indicacion diligenciada en el formato de historia clinica bajo el aplicativo de Dinámica Web. |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se informaral familiar sobre el estado del paciente pediatrico, plan de manejo y resutados de pruebas realizadas | Informe verbal registrado tambien en el formato de historia clinica |
| Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Asegurate del mes | Link de asistencia |
| Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | Se indica de forma escrita y verbal el seguimiento y control requerido segun la necesidad del paciente | Evidencia escrita bajo una indicacion diligenciada en el formato de historia clinica bajo el aplicativo de Dinámica Web |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Se realiza el respectivo registro de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio | Registro de dichas actividades en la plataforma suresoc |
| Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participaré en las investigaciones que adelante la Subred y que correspondadn a mi especialidad. | Quedara verificado por los respectivos registro formales e informales de dicha participacion |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | No realizo supervisión de contratos | No queda registro |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Se cumple y apoyan las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Mediante actas y registros visuales |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Se entrega mensualmente en el tiempo estipulado la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entregan soportes impresos de dichas obligaciones |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Me responzabilizo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades y se entregaran a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Acta de entrega y devolución de dichos elementos |

Copia Certificado Subred Suficiente

| | | |
|---|---|---|
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucion | Constancia en actas y registros on line |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Se realizan las actividades que me son asignadas acordes con el objeto del contrato. | Constancia en actas, registros escritos, correos, registros on line, plataforma Dinamica web, aplicativos respectivos |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Se entrega mensualmente en el tiempo estipulado la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entregan soportes impresos de dichas obligaciones |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Se realizan las actividades que me son asignadas acordes con el objeto del contrato. | Constancia en actas, registros escritos, correos, registros on line, plataforma Dinamica Grencial, aplicativos respectivos |

JERSON SILVA VASCO
80219823
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 | 1115851159 | KATHERINE BARRERA MOJICA | Carrera 30 N 25b 29 | 3195869455 | cabmil14@hotmail.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 17/03/2025 | 84940683 | $440.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 440.500 | 440.500 |

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 | 1115851159 | KATHERINE BARRERA MOJICA | Carrera 30 N 25b 29 | 3195869455 | cabmil14@hotmail.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 | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 17/03/2025 | 84940683 | $440.500 | |

## 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 | 1115851159 | BARRERA MOJICA KATHERINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 1115851159 | KATHERINE BARRERA MOJICA | Carrera 30 N 25b 29 | 3195869455 | cabmil14@hotmail.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 |
| 84940683 | 17/03/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | N | 09/04/2025 | 85707463 | $2.668.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 1.038.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.038.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.329.700 | 0 | 0 | 48.700 | 48.700 | 0 | 0 | | 1.427.100 | 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 | 202.500 | | | | 202.500 | 0 | 0 | 202.500 | | | 2.025 | 202.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 1.038.800 | 1.038.800 |
| Pensión | 1 | 1.427.100 | 1.427.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 202.500 | 202.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.668.400 | 2.668.400 |

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 |
| CC | 1115851159 | KATHERINE BARRERA MOJICA | | Carrera 30 N 25b 29 | 3195869455 | cabmil14@hotmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| 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 |
| 84940683 | 17/03/2025 | N | 09/04/2025 | 85707463 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | | | | $2.668.400 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 1115851159 | BARRERA MOJICA KATHERINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 9.734.364 | 1.557.500 | 0 | 0 | 48.700 | 48.700 | EPS037 | 9.734.364 | 1.216.800 | 14-11 | 9.734.364 | 3 | 237.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

adres.gov.co
Panel de control ciud... | CLASE INTRODUCTO... | Contáctanos para asi... | (2) Facebook | Sales - PROMOCIONE... | Ars Notoria: The Noto... | HISTORIA DE VENECI... | YouTube | artesana sacos - Bus... | (2) WhatsApp | Afiliados Compensados

El proceso de compensación del régimen contributivo es el mecanismo por el cual, semana a semana, liquida y reconoce a las EPS y EOC la unidad de pago por capitación (UPC), los recursos para el pago de las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes y los recursos para financiar las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Para generar dicho reconocimiento, es necesario validar la información de la Base de Datos Única de Afiliados con la información de fallecidos con que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, con la información de los aportes al sistema de salud registrados en la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes (PILA) y con la del recaudo de aportes de las cuentas maestras.

Expuesto lo anterior, en la consulta de Afiliados Compensados encuentra la información de los periodos de los afiliados que han superado el proceso de validaciones mencionado, es decir, que han sido objeto de la compensación. Tenga en cuenta que la información contenida en este reporte no se actualiza inmediatamente con el pago de la planilla PILA, ya que la liquidación del reconocimiento a favor de las EPS y EOC no depende exclusivamente de dicha planilla.

Finalmente, es preciso indicarle que, la información publicada en la consulta de afiliados compensados no es un comprobador de derechos para ningún tipo de trámite.

**¡UPS! PROCESO DE MANTENIMIENTO**



Editar | miplanilla.com - Portal Indepe

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14380358

Reiniciar para actualizar

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 17:26:22

katherine barrera...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio ➝ Menú ➝ Administración de contratos ➝ **Ver contrato**

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Enero2025.pdf (Archivado) | Enero2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo-2025.pdf | Marzo-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril2025.pdf | Abril2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1115851159 | BARRERA | MOJICA | KATHERINE | | 2015-10 | EPS SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 1115851159 | BARRERA | MOJICA | KATHERINE | | 2024-05 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |
| CC | 1115851159 | BARRERA | MOJICA | KATHERINE | | 2025-05 | NUEVA EPS | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| NUEVA EPS | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS COMPENSAR | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS COMPENSAR | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2014 | 22 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 04/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2013 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

6832513d-5244-4e74-a1f9-08b1ac1f5727

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Katherine Barrera Mojica*

ha participado y aprobado el

**Paquete de capacitación de la Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 11ª. revisión (CIE-11)**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25 - Porcentaje de aprobación: 89,81 %

24 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6832513d-5244-4e74-a1f9-08b1ac1f5727