

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            |                        | Versión<br>3                     |              |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                                                                  |                      |                                                             |                                                            |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                             | CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS                       |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                             | C.C                                                        | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 52881334   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                             | claudiamilena411@hotmail.com                               |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3185031599 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                             | ADM FACTURACION -AUTORIZACIONES Y ADMISIONES HOSPITAL BOSA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Centro de costo      | %                                                           |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | BO37R23              | 100                                                         |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                           | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                                             |                                                            |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                             | 7590274218                                                 |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      | 1151                                                        |                                                            |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1175                 | FECHA                                                       | 2025-05-19 15:47:59.000                                    | NÚMERO DE CRP          | 26374                            | FECHA        | 2025-05-27 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      | APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS - HOSPITALIZACION |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                             | DESDE                                                      | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            | 2025-05-01             |                                  |              | 2025-05-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                             |                                                            | \$1,867,374            |                                  |              |                                                                                     |            |
| 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.                                                  |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | \$10,720,500 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | \$8,299,674  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | \$1,867,374  |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | \$2,420,826  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  | 77%          |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato <b>CERTIFICA QUE:</b><br>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                                                                       |            |
| 86042491                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$908,526            | \$113,566                                                   |                                                            | \$145,364              | 3                                | \$22,132     | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                                                            |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ<br>65698520<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                                                                          |                      |                                                             |                                                            |                        |                                  |              |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar verificación y confirmación de derechos en las paginas oficiales de: ADRES (BDUA y Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud, Páginas WEB de otras entidades (E. A. P. B.), Aseguradoras comprobación de pólizas, diligenciamiento o validación de formatos (FURIPS, FURTRAN), aplicativo de las bases poblacionales asignadas, confirmando y asignando la Entidad Responsable de Pago para los procedimientos de citas, admisión, liquidación de cuentas, generación de registros de servicios y facturas electrónicas, así como validar, adjuntar o registrar en el Sistema de Información o aplicativos (SIES) o el que defina la Institución, así como los normativos como aplicativo SIRAS entre otros, enfatizando en la calidad del dato para la radicación de facturas y los RIPS.                              | "Realicé consulta del estado de aseguramiento del usuario en las plataformas de Adres, Comprobador Distrital, DNP, Páginas ERP y otros. Verifiqué el pagador o Responsable de Pago de la atención en los procedimientos de asignación de cita, liquidación y facturación. "                                                                                                                                                                                                                     | Registro en Dinámica el pagador, con plan de beneficios y contrato correcto. Soporte de comprobadores en facturas.                                                                                                          |
| 2. Consultar ,verificar y aplicar la frecuencia de uso correspondientes a las actividades de promoción y prevención, así como la facturación de las mismas conforme a la resolución 3280 de 2018 o la normatividad vigente, gestionando la demanda inducida al atender al usuario en coordinación con el equipo de PyD de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Realicé la identificación del curso de vida que aplica a los usuarios que atendí en facturación. Verifiqué el historico del paciente en el sistema de informacion Dinámica Gerencial Validé y agendé las actividades que aplican acorde al curso de vida a los usuarios que atendí en facturación y que se realizó demanda inducida".                                                                                                                                                          | Citas agendadas como demanda inducida realizada por el colaborador de facturación.                                                                                                                                          |
| "3. Realizar, verificar y/o corregir la admisión o creación de paciente, verificar y anexar los soportes requeridos en la asignación de cita, admisión del usuario y/o liquidación y facturación de servicios, aplicando y verificando: *Ocho correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación y etnia). *Preguntar y Actualizar los datos del usuario y datos correctos de acompañante en el sistema de información. *Registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciamiento y/o verificación de los formatos normativos correspondiente a estos eventos. *Validar o registrar la información de la admisión, , verificación de la preliquidación hasta la generación de factura, acorde con la unidad que se asigne y los cambios normativos para estas atenciones." | Citas agendadas como demanda inducida realizada por el colaborador de facturación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Admisiones y facturas correctas Registros en Dinámica correctos, SIN caracteres NO permitidos. Reporte de campanazos a corregir. Facturas anuladas o admisiones corregidas en Dinámica."                                    |
| 4. Realizar la asignación de la cita conforme al procedimiento establecido, a las necesidades del usuario, metas de la sede, modalidad de pago, aplicando el instructivo libreto de atención en facturación, los instructivos definidos por el proceso de atención ambulatoria y gestión financiera, así como el cumplimiento de los estándares de acreditación y la normatividad vigente que aplique.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Realicé comunicación con el usuario siguiendo la guía del libreto de atención presencial por facturación, propendiendo por un registro adecuado para la calidad del dato en el sistema. Verifiqué la agenda sin dejar intervalos de tiempo en la misma, optimizando la oportunidad. Verifiqué el servicio y los requisitos para el agendamiento. Informé con comunicación redundante, resaltando los datos para cumplimiento y preparaciones cuando es requerido.                              | "Citas agendadas en el periodo Citas reportadas con inconsistencias en campanazos o por los líderes Cancelación por errores administrativos facturación."                                                                   |
| 5. Verificar, gestionar, confirmar las autorizaciones y los soportes de las mismas para la asignación y facturación de servicios ambulatorios, acorde con la contratación vigente con la Subred, normatividad vigente, gestión en páginas web o plataformas, con el fin de soportar las facturas con calidad para evitar glosas y devoluciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | "Realicé una adecuada verificación de las autorizaciones y soportes presentadas por el usuario al momento de asignar o facturar un servicio ambulatorio. Verifiqué la siguiente informacion en la autorizacion: Nombre del prestador, vigencia de la autorizacion, datos del paciente, servicio autorizado, de ser correcta esta informacion se realiza la liberacion de la misma. Solicité y verifiqué la confirmación de la autorización para los casos que requieren gestión en plataforma." | "Soporte de autorizaciones en las facturas de evento acorde a los servicios facturados. Escáner de la autorización registrada en la herramienta o carpeta definida en la Unidad."                                           |
| 6. Realizar el diligenciamiento del anexo 1 o el que aplique o se modifique, acorde con el Decreto 441 de 2022, al encontrar inconsistencias de los usuarios en base de datos con los datos de identificación del usuario, gestionando el reporte a la EPS correspondiente o al ente territorial en cumplimiento a la normatividad vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | "Verifiqué los datos suministrados por el usuario frente al sistema, bases o consultas en las diferentes plataformas de definición de aseguramiento o de las ERP. Apliqué punto de control de los ocho correctos. Realicé el reporte respectivo en el anexo o herramienta definida. "                                                                                                                                                                                                           | "Reporte de inconsistencias de datos del usuario para reporte con anexo 1 en caso de novedad según normatividad vigente a la EPS o Referente. "                                                                             |
| 7. Generar la facturación de los servicios de manera oportuna, teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario. (realiza entrega de factura física, recibo de caja al paciente y solicitar firma para la factura soporte).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | "Realice la facturación de servicios acorde al plan de beneficios y puntos de control del procedimientos, evitando generar anulaciones por errores administrativos. Realice el recibo de caja del recaudo de las cuotas moderadoras o copagos acorde a lo definido en la normatividad y verificación de derechos. Entregué al usuario factura y recibo de caja acorde a la facturación realizada de los servicios. "                                                                            | "Estadístico de facturación de Dinámica Gerencial. Facturas soportadas y entregadas sin objeción por auditoría técnica o devoluciones. Recibos de caja acorde y con registro en la factura, soporte de entrega de recaudo." |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>"8. Realizar el cobro y recaudo de copagos, cuotas moderadoras en la facturación, acorde a la normatividad vigente y efectuar el cierre de caja en cada entrega de programación diaria, así mismo cuando sea asignada realizar la actividad de conteo, entrega a la transportadora o al colaborador asignado por Tesorería, realizando el registro y aplicación de lineamientos del Subproceso de tesorería."</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>"Diariamente generé en Dinámica Gerencial el informe de cierre de caja una vez finalice las actividades. Aplique y verifiqué los puntos de control definidos en el procedimiento o circular de tesorería para el recaudo. Realicé el conteo de dinero depositado en la cajilla de seguridad. Depositó el dinero recaudado en un sobre cerrado con el nombre del colaborador. Realicé el registro correspondiente en el libro de tesorería y se deposita el sobre con el dinero en la caja fuerte de la unidad."</p>                                                                                                                                          | <p>"Diariamente generé en Dinámica Gerencial el informe de cierre de caja una vez finalice las actividades. Aplique y verifiqué los puntos de control definidos en el procedimiento o circular de tesorería para el recaudo. Realicé el conteo de dinero depositado en la cajilla de seguridad. Depositó el dinero recaudado en un sobre cerrado con el nombre del colaborador. Realicé el registro correspondiente en el libro de tesorería y se deposita el sobre con el dinero en la caja fuerte de la unidad."</p> |
| <p>9. Realizar el armado de factura con los soportes clínicos y administrativos establecidos en la normatividad vigente (Res. 3047-2008 o la que la modifique), acorde con la modalidad de pago, minuta y manual contractual de la Subred con las ERP, con la metodología de radicación (física y/o magnéticos), con los controles e instructivos definidos por el subproceso de facturación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>"Adjunte a las facturas los soportes administrativos y clínicos, autorizaciones, en formatos PDF o físicos acorde a lo definido en el armado y presentación de cuentas ante las ERP. Realice el armado de la factura acorde con los soportes definidos por la modalidad de contrato, régimen y en cumplimiento al Anexo 5 de la resolución 3047 de 2008. Verifiqué con la lista de chequeo las facturas generadas y con soportes completos frente al estadístico de facturación y acorde a la metodología de radicación (física o magnética) Realice a diario la clasificación y entrega de las facturas por empresa o técnico( Físicas o magnéticas). "</p> | <p>"Estadístico control de entrega en Dinámica o archivo de la Sede. Facturas cargadas en carpetas magnéticas acorde a instructivo y avaladas para envío a central de radicación. Registros de servicios de cuentas PGP, PFGP, irregulares y discapacidad correctas avaladas para el anexo de las ERP. Lista de chequeo de verificación. Facturas físicas avaladas para entrega a la central de radicación."</p>                                                                                                       |
| <p>10. Realizar la entrega diaria a las centrales o técnico asignado del 100% de las facturas generadas, garantizando los soportes administrativos y asistenciales según la normatividad y lineamientos del armado de facturas. En los precierres y cierres se debe garantizar el 100% de las facturas generadas y soportadas para el cumplimiento de los indicadores y metas financieras.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Durante la culminación de actividades se realizo la entrega de la facturación generada durante el día, se separan las facturas por empresa ( Físicas o magnéticas) , se descargan en PDF o se imprimen las historias clínicas, resultados de apoyo diagnosticos según corresponda, se deben validar y anexar las autorizaciones correspondientes de la prestación del servicio y se realiza la entrega al técnico encargado.</p>                                                                                                                                                                                                                             | <p>Entrega oportuna de facturas físicas o magnéticas con los soportes completos para radicación ante la EAPB."Informe de ingresos abiertos sin pendientes al 100% cerrados oportunamente. informe de Facturación anulada con su respectivo reemplazo. Libreta de certificación de actividades."</p>                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>11. Realizar diariamente seguimiento conjunto por los facturadores y técnicos asignados por servicio, a los ingresos abiertos, facturas anuladas pendientes de reemplazo, anulaciones totales, registrando la gestión y cierre inmediato, (medidas necesarias para su cumplimiento), validando que para los precierre y cierres se garantice la entrega del 100% de la factura y cargue de los servicios prestados en el mes y con cero (0) ingresos abiertos al cierre de semana y mes. Registro de evidencia en libreta de actividades (certificación debe ser dada por el referente de facturación de cada unidad o quien se asigne, registro en libreta de actividades).</p> | <p>"Informe de ingresos abiertos sin pendientes al 100% cerrados oportunamente. informe de Facturación anulada con su respectivo reemplazo. Libreta de certificación de actividades."</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>"Informe de ingresos abiertos sin pendientes al 100% cerrados oportunamente. informe de Facturación anulada con su respectivo reemplazo. Libreta de certificación de actividades."</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>12. Solicitar la anulación de facturas acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando la oportuna corrección de las mismas de acuerdo a la necesidad particular entregando el soporte respectivo y en el tiempo definido garantizando el reemplazo en menos de 24 horas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Se realiza el registro en el formulario establecido, la factura que debe ser anulada por error administrativo y/o asistencial, se registra de manera oportuna con todos los datos requeridos para su anulación y posterior garantizar una refacturación oportuna.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>informe de facturación anulada con su respectivo reemplazo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>13. Realizar la corrección de manera oportuna de las facturas devueltas por el referente y los técnicos, si es causal de facturación oportunidad máximo de 12 horas, y por causal de autorizaciones, oportunidad de 24 horas posterior a la devolución de la factura especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden inmediatamente dentro del mes de la prestación del servicio. (Presentar causas justificadas validadas por el Referente).</p>                                                                                                                                                                         | <p>Se reciben y se soportan las correcciones identificadas y reportadas por los técnicos de la unidad, se entregan las facturas con la corrección en los tiempos establecidos y se garantiza una radicación oportuna.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>oportuna. Soporte de entrega de facturas con inconsistencias corregidas 100%.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>14. Asistir, participar y realizar las actividades que se estructuren y se programen en el subproceso, para fortalecer la información, las competencias y el conocimiento de la Subred, la socialización y adherencia a los procesos, los procedimientos, entre otros (Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción,encuestas virtuales entre otros)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>"*Se realizó el ingreso a las reuniones programadas de manera virtual por la líder de facturación de la Subred o el referente de la unidad, donde se retroalimentaron falencias durante la ejecución de actividades. *Se realizó el ingreso a la capacitación programada de manera virtual o presencial por la líder de facturación de la Subred o el referente de la unidad, con el fin de informar los nuevos lineamientos de la contratación vigente, así como cambios normativos. * Se diligenciaron las encuestas de satisfacción a través de los link enviados por las diferentes áreas de la Subred. "</p>                                            | <p>Soporte de lista de asistencia a la capacitación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades como soporte para la certificación de pagos y compromisos de las metas de la Unidad así como con las observaciones para la mejora identificadas por el Líder de la Sede o Unidad. | "* Se diligencio el formato de libreta con la cantidad de facturas entregadas, revisadas y devueltas para ajuste de inconsistencias. *Se verifico el cumplimiento de las actividades con el referente de facturación de la unidad, donde se identificó el registro del total de las salidas auditadas y que se reflejan en la libreta de actividades. *Se realizó la firma de la libreta de actividades con el visto bueno de la referente de la unidad."                                                                                                                                                                                                                | Soporte de cuenta de cobro aprobada por la Subred.                                                                                                                                         |
| 16. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación.                                                                                                                             | "* Se realizó el diligenciamiento del documento equivalente, con lo datos requeridos como número contrato, valor, objeto del contrato y periodo certificado. *Se diligencio los campos de las actividades desarrolladas durante el mes y los productos entregados. *Se adjuntó soporte de pago de seguridad social, con la consulta del estado de aseguramiento de ADRES y compensados. *Se realizó el cargue de la cuenta de cobro en la herramienta de SURESOC con los soportes requeridos para la certificación de pago del periodo certificado."                                                                                                                     | Soporte de cuenta de cobro aprobada por la Subred.                                                                                                                                         |
| 17. Cumplir con los procesos, procedimientos, acciones definidas y asignadas en cumplimiento de las políticas de la institución, estrategias, planes de mejoramiento o de acción, con el fin de dar respuesta a oportunidades de mejora, formuladas por los entes de control, las direcciones, acreditación, humanización, programas asistenciales, de PyD y del proceso de Gestión Financiera.                                                                     | "*Se realizó la asignación y facturación de citas ambulatorias de acuerdo a lo descrito en el procedimiento, el cual está contemplado en el proceso Gestión Financiera / Subproceso facturación. * Se generó la asignación de las citas y facturación de los servicios, de los programas de promoción y detección de acuerdo a los lineamientos de la referente del PyD de la Subred o conforme la matriz de contratación vigente. *Se cumplieron con los lineamientos dados por el referente de facturación de la unidad, con el fin adherirse a los planes de mejoramiento realizados por la líder de facturación de la Subred o por los diferentes entes de control." | "*Baucher de asignación y Facturación de servicios *Acta de socialización de planes de mejora"                                                                                             |
| 18. Realizar 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, así como la consecución de soportes para fortalecer la calidad en la radicación de cuentas o respuesta a devoluciones y glosas.                                                                                                                                               | Realice actividades por contingencia en el servicio de facturación urgencias, ante la necesidad de dar cubrimiento 24 horas al servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Entrega de facturas de evento generadas en el servicio de urgencias, registros de servicios, asignación de citas prioritarias y cierre de ingresos de los egresos del servicio.            |
| 19. Mantener una adecuada presentación personal (uso de carnet) en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo                                                                                                                                                                                                                                                                    | Utilizar de forma diaria y correcta el carnet, el uniforme y el Chaleco institucional entregado por la Subred en el desarrollo de las actividades diarias , así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Presentar con buena imagen la excelencia de los colaboradores de la Subred ante el cliente externo e interno así como un buen manejo de la empatía para mantener un buen ambiente laboral. |
| 20. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades asignada, para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en las unidades asignadas, 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.                                      | Llegar oportunamente al desarrollar las actividades conforme a la necesidad del servicio ambulatorio ,revisar el estado de las agendas , ofertar los servicio disponibles de la unidad, realizar la facturación a tiempo y garantizar que la agenda de los profesionales se asignen por completo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cumplimiento de las actividades contractuales asignadas y ejecutadas al 100% en el proceso de facturación y asignación de citas, dando cumplimiento al contrato publicado en SECOP II.     |
| 21. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad, líder asistencial o supervisor del contrato.                                                                                                                                                                                               | Se recibe la comunicación de la no conformidad desde facturación y de acuerdo a su solicitud se aplican los correctivos al proceso, logrando fortalecer las debilidades frente a los procesos solicitados, se firma el acta y se anexan los soportes solicitados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Actas de seguimiento y ajuste a los procesos ejecutados de acuerdo a la solicitud realizada desde el área de facturación para dar respuesta a las no conformidades presentadas..           |
| 22. Realizar la atención de sus actividades, cumpliendo con la política y el decálogo de humanización promoviendo el respeto por la dignidad humana, reflejado en el actuar diario a través de una comunicación asertiva y un trato cálido y respetuoso con diligencia y resolutiveidad evitando las quejas por trato deshumanizado.                                                                                                                                | Trato cálido y humanizado propendiendo por la dignidad humana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No tener quejas en el mes o realizar los planes de mejora si son requeridos.                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                         |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 23. Realizar adherencia a los manuales, instructivos y procedimientos estandarizados en el aplicativo Almera de la subred suroccidente, enfocados en la política institucional de humanización y los puntos de control en paciente trazador como saludo y presentación, pregunta de alergias, comunicación redundante y actualización de datos. Aplicar plan de contingencia con adherencia, garantizando la Facturación manual y realizando apertura y cargue del servicio prestado generando la factura final acorde al servicio prestado y registrando el número de ingreso en la planilla de citas para que gestión documental realizar el cargue de la historia manual en dinámica. | "Adherencia a los procesos, procedimientos e instructivos institucionales. "                            | "Auditorias, actas planes de mejora, sistema de información en Dinamica Gerencial " |
| 24. Validar y realizar la asignación de citas de acuerdo a la oferta encontrada en el sistema de información, reportando al líder o apoyo del líder las novedades o faltantes de agendas, cumpliendo con la preferencia solicitada por el usuario (centro de salud, profesional y hora). teniendo en cuenta que esto es un derecho incluido en el decálogo de los derechos y deberes de los usuarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | "Adherencia al manual de agendas teniendo en cuenta las prohibiciones consignadas en dicho documento. " | Sistema de información Dinámica gerencial (Actas de planes de mejora).              |
| 25. Mantener una participación activa de las reuniones programadas en la sede y actividades institucionales (reunión de grupo primario de sede, semanas de seguridad del paciente, humanización transformación cultural, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Asistir activamente a las reuniones programadas por la institucion.                                     | Actas de asistencia.                                                                |
| 26. Ejecutar las actividades acordes con la programación de actividades asignadas, para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios ambulatorios y la prestación de los servicios en las sedes asignadas e informar al líder cualquier cambio de forma previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cumplir con la programación de actividades e informar al líder cuando haya alguna eventualidad.         | Asistir según programación (Remitir correos informando novedades).                  |

SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ  
65698520  
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**  
**CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS**  
**CC: 52.881.334 DE BOGOTA**

La suma de un millón ochocientos sesenta y siete mil trescientos setenta y cuatro pesos m/cte. \$1.867.374, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Como **APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS**, durante el periodo de 01 al 31 de MAYO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1151\_2025.



**CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS**  
**CC: 52.881.334 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**  
**NUMERO 007590274218**



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

Datos guardados

|                          | Descripción      | Nombre del archivo | Cargado por                                                 |
|--------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 5581-ENERO.pdf   | 5581-ENERO.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO 2025.pdf | FEBRERO 2025.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 2025.pdf   | MARZO 2025.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL 1151.pdf   | ABRIL 1151.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal





| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                      |        |                      |                    |                                 |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                     |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                                  | 52881334          | CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS |        | CRA 88 C 54 D 87 SUR | 3185031599         | Claudiamhernandez0203@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                 |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                      |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                 |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                      |        |                      |                    | NO                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86042491        | \$470.100        |

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 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 3         | 400                   | 0              | 178.400       | 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 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 3         | 500                   | 0              | 228.300       | 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                | 3         | 100                   | 34.800              |                            |                     | 347               | 34.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |             |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre      | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22         | Colsubsidio | 860007336-1 | 28.500       | 3         | 100               | 28.600        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 3         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 3         | 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                             | 178.400       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 228.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.800        |
| CCF                    | 1                              | 28.500                              | 28.600        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 469.000                             | 470.100       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                      |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                     |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52881334          | CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS |        | CRA 88 C 54 D 87 SUR | 3185031599         | Claudiamhernandez0203@gmail.com     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                      |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                      |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                      |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86042491        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$470.100     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                      |           |         |            |                 |           |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |            |                   |         |            |                      |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                      |           |         |            |                 |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |         |            | CCF                  |                      |                                | PARAFISCALES                    |           |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                  | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | ING                   | RET | TDE | TAE | TDP | VBP | VBT | SLN     | IOE | MAA | MAA | VAC | AVP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP | Cotización | Voluntari o 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   | 52881334              | HERNANDEZ CASTELLANOS CLAUDIA MILENA | 59        | 0       |            | N               |           |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     | 230201     | 1.423.500         | 227.800 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS017                          | 1.423.500 | 178.000 | 14-11                  | 1.423.500 | 3       | 34.700          | CCF22      | 1.423.500  | 28.500  | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

PAGADA



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**  
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS**, quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **52881334** de BOGOTÁ D.C.  
(CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO)

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

- \* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- \* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- \* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).
- \* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.
- \* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

\* Certificado expedido sin costo alguno.

  
**VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:34:42 AM horas del 29/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52881334

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ CASTELLANOS CLAUDIA MILENA**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

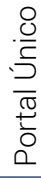


Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)





Ministerio de  
Defensa Nacional



GOV.CO



PROCURADURIA  
GENERAL DE LA NACION

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO

No. 272568683



PIB  
05:45:10  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de mayo del 2025

LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), e(la) señor(a) CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52881334:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establece la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

División de Relacionamento con el Ciudadano.  
Línea gratuita 018000910315  
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.  
[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/05/2025 05:37:28 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **52881334** y Nombre: **CLAUDIA MILENA HERNANDEZ CASTELLANOS**.

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **116882390** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

|                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |          |                                                                                                                                         |                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Dios y Patria</b> | <b>Policía Nacional de Colombia</b><br>Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21<br>Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.<br>Línea de atención: 018000-910112 | 515 9000 | <br><b>COLOMBIA</b><br>POTENCIA DE LA<br><b>VIDA</b> | <br><b>GOV.CO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 29 de mayo de 2025, a las 05:32:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 52881334             |
| Código de Verificación | 52881334250529053224 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS                 |
|--------------------------|-----------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC                    |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 52881334              |
| NOMBRES                  | CLAUDIA MILENA        |
| APELLIDOS                | HERNANDEZ CASTELLANOS |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**              |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.           |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.           |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD              | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|----------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 02/10/1999                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                     |                     |                |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 05/29/2025 05:28:21 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido      | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre   | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC       | Tipo Afiliación |                     |
|---------------------|-----------------------|----------------------|------------------|---------------|------------------|---------------------------|---------------|-----------------|---------------------|
| CC                  | 52881334              | HERNANDEZ            | CASTELLANOS      | CLAUDIA       | MILENA           | 2023-03                   | EPS FAMISANAR | BENEFICIARIO    |                     |
| CC                  | 52881334              | HERNANDEZ            | CASTELLANOS      | CLAUDIA       | MILENA           | 2025-05                   | EPS FAMISANAR | COTIZANTE       |                     |
| EPS/EOC             |                       | Periodos Compensados |                  |               | Dias Compensados |                           | Tipo Afiliado |                 | Observacion*        |
| EPS FAMISANAR       |                       | 05/2025              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 04/2025              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 03/2025              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 02/2025              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 01/2025              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 12/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 11/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 10/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 09/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 08/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 07/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 06/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 05/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 04/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 03/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 02/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 01/2024              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 12/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 11/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 10/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 09/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 08/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 07/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 06/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 05/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 04/2023              |                  |               | 30               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 03/2023              |                  |               | 1                |                           | BENEFICIARIO  |                 | Pago con cotización |
| EPS FAMISANAR       |                       | 03/2023              |                  |               | 28               |                           | COTIZANTE     |                 | Pago con cotización |

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