Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

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

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

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

NÚMERO DE CONTRATO	1093			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20603	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$22,940,568		

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$142,013,040
VALOR EJECUTADO	$92,854,680
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$22,940,568
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$49,158,360
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	65%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
83587969	$9,176,227	$1,147,028	$1,468,196	3	$223,533	$2,838,758

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizo procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de las patologías dentro del plan integral de atención de cada paciente como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades	Historial clínico actualizado del paciente, informes de procedimientos realizados, resultados de diagnósticos y terapias en aplicativo DINAMICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Cumplo con las exigencias legales y éticas en el manejo adecuado de los registros clínicos de los pacientes.	Registros clínicos correctamente archivados y firmados, informes de auditoría de registros.
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	Llevo un registro de las actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y otros registros necesarios para cumplir con los procesos de costos y facturación.	Reportes estadísticos mensuales, registros de intervención en el sistema de gestión de salud.
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en actividades de revista y análisis de casos clínicos, evaluando y ajustando, si es necesario, el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario.	Actas de reuniones de análisis de casos, informes de ajustes realizados en el plan de habilitación/rehabilitación.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte los eventos de notificación obligatoria dentro del plazo establecido por la normatividad vigente.	Diligenciamiento de las diferentes fichas de notificación
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad en el servicio, participando en los análisis y acciones de mejora definidas.	Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentaciòn del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio.
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Participo en la programación de actividades de la Subred.	Se dan las instrucciones para el manejo médico y tratamientos a realizar de acuerdo a las necesidades del paicnete.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio.	Queda diligenciamiento de formato de software dinámica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Informo al usuario, su familia o cuidador sobre las actividades a seguir al inicio del proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o egreso.	Documento firmado de consentimiento informado, registro de seguimiento post-intervención
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Seguimiento clínico y control evolutivo del paciente pediátrico.	Evoluciones médicas registradas en historia clínica.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se realiza educación al paciente y acudiente sobre diagnóstico y tratamiento.	Registro en historia clínica de información suministrada.
Emitir los conceptos médicos que le sean requeridos.	Elaboración de conceptos médicos solicitados formalmente.	Se da el concepto médicos en la evolución y manejo del paciente consignados en la historia clínica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlo al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Realizar contrato para lo que fue designado	Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.	Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atención de los pacientes
Participar en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación	Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.	Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigaciones que permitan conocer y proponer nuevas alternativas de diagnóstico e intervención.	No se ha participado

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Actividad no programada (trabajo asistencial con atención de pacientes registrados en historia clínica actividades de múltiples pacientes durante el mes en curso	No aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Realizar contrato para lo que fue designado	Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.	Usar de forma adecuada los elementos Realizo procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de las patologías dentro del plan integral de atención de cada paciente como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.	Participación en reuniones y capacitaciones, asi mismo en las actividades de acreditación, se particupa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, apoyando su implementación.	Cumplimiento de los procesos de la subred
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega de la constacia de pago de seguridad social; SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

KATHERINE BARRERA MOJICA

NIT: 1115851159-1
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
Kra 30 # 25B-29, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3195869455
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

Autorización facturación electrónica No. 18764107623055 válida desde 2026-03-25 hasta 2028-03-25 rango desde FE213 hasta FE224

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959048
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
Dirección:	9 No. 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	13753569
Email:	lidersedes7@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE215
Fecha Emisión	25/05/2026 20:27:52
Fecha Vencimiento	
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	Servicios médicos especialista pediatría prestados en la sub red sur occidente ESE, mes de mayo de 2026	NIU	1,00	$22.940.568,00				0,00	$22.940.568,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$22.940.568,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$22.940.568,00

CUFE:	ec89133527821755917f2ec999a30c17057235a8c1e48fbe28a403dcbf986d89f38163961409eef09b86b83156b45b84
Total con letra:	(veintidos millones novecientos cuarenta mil quinientos sesenta y ocho pesos)

Firma Digital: uIV0+/1ogjlEJ0Ckizvtl3wtGqaDAhHmbWuy3AEYjNu5WhSzuj/a8wCBMY1P1zRR
//ziFzcnmut29kqPGIBZ+TeX7FZOP1yPx14FQ7QWe9iKeIV6DZ
ZRTTRVEwXAVRTC rh4i7KQCSYAXXD2fKiseVe5OqH0ka5Ng4CdalOkH9VmWiskcML7Tl5LMhZjPxkdN A2JpmMiaULH5TwHltjsFR0nWnsrbnF9kRoy
mVTx6yLtWTvwDHfliaxsMurEASZMh S6PMvAs4cwOawFJ39nAxQlGoZf5YCyd61+Qvjbz7DmR1hUJ1txf9FlokAub+KlhT 1kQfg4TNkcYFuLQX7C02
pA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115851159	KATHERINE BARRERA MOJICA	Carrera 30 N 25b 29	3195869455	cabmil14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83587969	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$543.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	4	700	0	219.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	4	900	0	281.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	4	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	218.900	219.600
Pensión	1	280.200	281.100
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115851159	KATHERINE BARRERA MOJICA	Carrera 30 N 25b 29	3195869455	cabmil14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83587969	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$543.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1115851159	BARRERA MOJICA KATHERINE	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115851159	KATHERINE BARRERA MOJICA	Carrera 30 N 25b 29	3195869455	cabmil14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
83587969	19/05/2026	83725557	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	N	$0	$2.396.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	928.200	0		0		0	4	2.700	0	930.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.188.000	0	0	45.900	45.900	4	3.400	400	1.283.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	180.900				180.900	4	600	181.500			1.809	181.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	928.200	930.900
Pensión	1	1.279.800	1.283.600
Riesgos Laborales	1	180.900	181.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.388.900	2.396.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115851159	KATHERINE BARRERA MOJICA	Carrera 30 N 25b 29	3195869455	cabmil14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
83587969	19/05/2026	83725557	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	N	$0	$2.396.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1115851159	BARRERA MOJICA KATHERINE	59	0			N								X									25-14	9.176.240	30	1.468.200	0	0	45.900	45.900	EPS037	9.176.240	30	1.147.100	14-11	9.176.240	30	3	223.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1115851159	BARRERA	MOJICA	KATHERINE		2024-05	Compensar	COTIZANTE
CC	1115851159	BARRERA	MOJICA	KATHERINE		2026-03	Nueva Eps	COTIZANTE
CC	1115851159	BARRERA	MOJICA	KATHERINE		2015-10	Sanitas	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Nueva Eps	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	03/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización

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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	02/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2014	22	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2013	0	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

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

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

ARL

Medellin, 25 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **KATHERINE BARRERA MOJICA** con documento de identidad **C1115851159**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima
y la Universidad del Norte
certifican que:

Katherine Barrera Mojica

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1115851159

Ha participado y aprobado los 11 módulos del Diplomado en **Buenas Prácticas Clínicas: Regulación y Ética en Investigación Clínica en Colombia, y la norma internacional ICH E6 (R3),** cumpliendo con los requisitos académicos y de formación establecidos, con una duración de 120 horas.

Expedido en Bogotá D.C, el 25 de mayo de 2026

LYNDA PRIETO NAVARRERA
Asesora Dirección General
(Investigación Sanitaria e Investigación Clínica)

eec6d965-7f46-47b7-8d27-ad4ef49b8434

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

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

Certifica que:

KATHERINE BARRERA MOJICA

CC ***1115851159***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Actualización en Lactancia Materna

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *miércoles, 13 de mayo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

6438a8c4-dfe0-4a04-81c6-54aaac1f1c2e

Katherine Barrera Mojica

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Correcto llenado del Certificado de Defunción

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

25 de mayo de 2026

Horas: 3 horas

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6438a8c4-dfe0-4a04-81c6-54aaac1f1c2e

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	Enero2026..pdf (Archivado)	Enero2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Febrero2026.pdf	Febrero2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo.pdf	Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >