| BOGOTÁ SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CASTRO PADILLA DIANA ELIZABETH | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 1.013.582.373 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nani.castro24@gmail.com | | | | CELULAR: | 3005474636 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUR | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FACTURACION | | | | SEDE: | TRINIDAD GALAN | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | SU41R23 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 007590386798 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3073-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 12 DE 12 |
| NÚMERO DE CDP | 1725 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 53666 | FECHA | 30/11/2020 |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.** | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $ 2.021.422 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $ 24.257.064 |
| VALOR EJECUTADO | $ 24.257.064 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $ 2.021.422 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194.508 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47619444 | $877.803 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de enero del año Dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ**
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

**DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| BOGOTÁ \| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FACTURACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sede: USS SUR | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 3073-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA | C. C. | 1.013.582.373 | | | DE | BOGOTA | | | |

**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional -**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Realizar la recepción diaria de las facturas generadas por los diferentes puntos de facturación y/o por los facturadores asignados, correspondiente a los servicios prestados con soporte de reporte generado en el sistema de información (reporte estadístico de facturación o FA-Entrega y recibido de facturas generadas por usuario o la herramienta de control definida). | CUMPLE | Se realizo la recepcion y el debido punteo de las facturas entregadas por cada uno de los facturadores las diferentes entidades responsables de pago , para su iniciar proceso de auditoria. | Se recepciona la factura atraves del sistema de informacion y se alimentala base de las facturas recibidas para auditoria y seguimiento |
| 2. Realizar diariamente mediante auditoría administrativa la verificación de la aplicación del procedimiento de admisión, facturación y autorizaciones, con las diferentes Entidades responsables de pago de los servicios prestados , aplicando la normatividad vigente, contratos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CUMPLE | Se realizo la auditoria y facturación de los servicios prestados a los pacientes , Urgencias Observaciones y Consulta Externa , aplicando los terminos de la contratación vigente para el pagador teniendo en cuenta la seguridad social de cada paciente. | Se verifico la correcta admision,facturacion y autorizaciones de los pacientes a los cuales se les prestaron servicios de salud,aplicando la contratacion vigente y realizando la retroalimentacion de las inconsistencias identificadas |
| 3. Realizar diariamente auditoría técnica previa y/o posterior a la realización de la facturación en la Unidad, servicio o con el facturador asignado, verificando que la factura contenga los soportes respectivos de acuerdo a la normatividad y la contratación vigente. Anexo Técnico Nº 5 de la Resolución 3047 de 2008 o las que la modifique. (Aplica para Consulta externa, Urgencias y Hospitalización). | CUMPLE | Se verifica y aplica en la auditoria de facturacion generada la matriz de contratacion remitida por el area de mercadeo con la contratacion vigentes que tiene la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, ade mas de verificar la normatividad vigente . | Se verifico factura a factura lapalicacion de la contratacion vigente de la subred,Identificado la inconsistencias presentadas , reportandolas a cada facturadrador para su ajuste correspondiente |
| 4. Realizar diariamente revista administrativa en conjunto con el facturador del servicio y articulado con el equipo de admisiones, autorizaciones y trabajo social con el fin de identificar y gestionar las diferentes situaciones que puedan impedir el trámite administrativo de la facturación, dejando registro en formato o herramienta que se defina para el control de pendientes de revista administrativa. | CUMPLE | Se realizo el seguimiento a las facturas que quedan pendientes por radicar y continua retroalimentación por la base en cargue de linea de los servicios prestados en Medicina Interna Cami II, urencias y observaciones de noche, para garantizar su radicación oportuna al siguiente mes. | se identificaron las difilcultades presentadas en los diferentes servicios como facturacion, admisiones ,autorizaciones y trabajo social, lo cual fueron reportadas al referente encargado para la articulacion de las actividades anteriormente mencionadas. |
| 5. Soportar y gestionar las actividades y procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clínica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente. | CUMPLE | Se realizo el soporte y la gestion de las actividades y procedimientos que al egreso del usuario no estaban disponibles en la Historia Clinica o que su reporte se realice posterior a la atención del paciente. | se gestiono el 100% de las actividades y proscedimientos que se le presto al usuario garantizando la radicacion oportuna de la facturacion. |
| 6. Realizar la relación causal y hacer la devolución y seguimiento de las facturas con inconsistencias al facturador ,tanto en físico como a través del sistema de informacion si esté lo tiene implementado, correo electrónico y relación firmada, garantizando la oportunidad en las correciones con un plazo máximo de 24 horas, realizando registro y control de la actividad así como la justificación pertinente, esta debe ser entregada de manera presencial y con soporte. | CUMPLE | Se realizo la devolución de las facturas generadas por los diferentes servicios Consulta Externa, Urgencias, Hospitalizacion, los casos que lo ameriten de manera oportuna garantizando que el facturador pueda realizar las correcciones necesarias para garantizar el cobro total de los servicios prestados | se realiza la devolucion de las facturas mediante el aplicativo para tal fin donde queda registrado y reportado la inconsistencia identificada las cuales deben ser devueltas por parte defacturador a las 48 horas para ajustarla y realizar oportunamente la entrega a la central de acopio por el sistema de informacion (hoja de ruta) |
| 7. Realizar apoyo administrativo para las diferentes actividades de facturación y operación de los servicios según requimiento solicitados por la referente de facturación, los facturadores o el equipo asistencial, mitigando los riesgos e inconsistencias en el procedimiento. | CUMPLE | Se realizo la revisión de la facturacion a diario de los servicios prestados a los pacientes hospitalizados garantizando el oportuno cargue y cobro de dichos servicios aportando la información oportuna a los pacientes en cuyos casos deban realizar copagos por dichos servicos con el fin de permitir el cobro total , minimizando el riesgo de la subfacturación como de la sobrefacturación. | se realiza retroalimentacion a cada uno de los facturadores a cargo indicando los soportes requeridos, insumos, medicamentos y procedimientos faltantes y sobrantes para ajuste y facturacion |
| 8. Realizar la revista y apoyo administrativo acorde con la programación de actividades fin de semana y designada por el referente de la Unidad o Líder de la Subred. | CUMPLE | Se realizo el apoyo de acuerdo a la solicitud en el momento requerido por la referente de la Unidad | Se realiza el apoyo en el momento requerido por la referente de la unidad. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. Solicitar la anulación de facturas al técnico asignado o referente de la Unidad acorde con el procedimiento y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizando el seguimiento y la oportuna corrección de las mismas por el facturador, entregando el soporte respectivo y validando que sea en menos de 24 horas el remplazo y especialmente los que se realicen el último día del mes se debe garantizar que las correcciones queden en el mes de la prestación del servicio. (si el facturador no se encuentra lo debe realizar para contribuir a la oportunidad de la radicación). | CUMPLE | se realiza solicitud de la anulacion de las facturas y a su vez se realiza la refacturacion correspondiente la cual es reportada a la persona designada, diligenciado de manera completa y adecuada el formato establecido | se realiza y se verifico la anulacion de las facturas y a su vez se verifico la refacturacion (factura remplazo), garanatizando que esten en el mes de la prestacion del servicio y cumpliendo con el diligenciamiento del formato para reporte |
| 10. Realizar el seguimiento diario de los registros abiertos, y propender por el cierre inmediato de los mismos de los facturadores, servicios de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (E.A.P.B) asignada. | CUMPLE | Se realizo el registro en base de datos de las salidas que se dan a diario y se hace seguimiento al libro de salidas para detectar posibles ingresos abiertos de salidas sin tramitatar | Se realiza el seguimiento del reporte de registros abiertos el cual es remitido dos a la semana por la persona asignada,propendiendo por el cierre oportuno( generacion de la factura) |
| 11. Entregar al Referente de Facturación, informe semanal o con la periocidad que se solicite de la facturación pendiente por auditar o entregar por facturador, identificando los los motivos de la misma, realizando una consolidacion mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera parte de los soportes de la ejecución de las actividades. | CUMPLE | Se realizo el registro en base de datos las inconsistencias presentadas en cada factura que son motivo de anulacion, base que se envia al referente. | Se le informa al referente encargado los hallazgos encontrados e inconsistencias de las facturas que no pudieron ser entregadas a la central de acopio por falta de autorizaciones u otro motivo. |
| 12. Realizar el envío a la central de cuentas de la Unidad o de acopio de la Subred acorde con el instructivo, herramienta o procedimiento definido, este debe ser por Empresa. Debe garantizar que el envío coincida con las facturas físicas o electrónicas remitidas, dejando evidencia documental. En caso de ser asignado para entregar las facturas para remitir a la central de acopio debe garantizar que las remisiones esten organizadas, debidamente marcadas que permitan la conservación de los documentos. | CUMPLE | Se realizo la revisión del mes de las facturas verificando orden, documentos y soportes de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalizaciones con el fin de garantizar una adecuada presentación de las facturas, y así dar el apoyo necesario en el proceso de entrega y radicación de las cuentas, teniendo disponibilidad de tiempo al finalizar el mes con el fin de poder dar tramite final al 100% de la facturación generada en el servicio. | Se realiza la entrega a la central de acopio de todas las facturas por hoja de ruta organizadas por pagador y por consecutivo para garantizar la efectica en el proceso de radicacion a las diferentes entidades responsables de pago. |
| 13. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación, devoluciones o glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (E.A.P.B) asignada. | CUMPLE | Se da respuesta oportuna a las solicitudes que envian desde elcentro de acopio y central de glosas,para la oportuna correccion de cada una de las cuentas enviadas | A la fecha por parte del area de facturacion y glosas no se ha recibido solicitud frente algun soporte que requiera respuesta de las objeciones dadas por cada una de las entidades responsables de pago. |
| 14. Apoyar el 100% de los puntos de facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E cuando se requiera y en la actividad asignada; así como las actividades indicadas en los planes de contingencia que se activen por necesidad del proceso o que se presenten en las unidades. | CUMPLE | Se realizo acompañamiento tecnico y apoyo en reemplazo oportuno del facturador del servicio cuando se requirio, basado en el trabajo en equipo | Se realiza el apoyo tecnico y cubrimiento de los facturadores cuando se requiere garantizando el desarrollo de los procedimientos del area de facturacion. |
| 15. Registrar en la libreta de actividades o heramienta de control las facturas recibidas, auditadas, devueltas, remitidas a la central para el armado y radicación de cuentas de los diferentes pagadores, como soporte de la ejecución de actividades. | CUMPLE | Se realizo diariamente el seguimiento de la facturación registrada en la base de datos establecida, confrontando lo asignado en dicha base con el fisico de la facturación recibida de los servicios de la noche y fines de Semana para la verificación de los soportes y presentación de cada cuenta facturada, así como el seguimento del estado de las cuentas en devolución y el estado en el proceso para garantizar su radicación oportuna, | Se cumplio oportunamente con la totalidad de la auditoria de las facturas en rutadas por parte de los facturadores responsables,garantizando la correcta revision de las mismas, realizando las devoluciones por inconsistencias y haciendo el seguimiento para la pronta solucion de la devolucion para asi garantizar el cobro de las cuentas medicas. |
| 16. Realizar identificación de puntos de mejora en la facturación generada para disminuir los riesgos de inconsistencias en la facturación, anulación de facturas o notas crédito, reportando en el informe de seguimiento de actividades y realizando el reporte al referente de facturación para su respectivo seguimiento. | CUMPLE | se realiza seguimiento y planes demejora a los facturadores, todo con el fin de mejorar los procesos de entrega de facturas y de correcta liquidacion. | se retroalimenta a los facturadores sobre la contratacion vigente y cambios realizados por la subred encuanto a la generacion de facturas para asi disminuir la anulacion de facturas y notas credito realizando actas pertinentes por las inconsistencias encontradas al momento de la auditoria. |
| 17. 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 para la certificación de pagos | CUMPLE | Se realizo la actualización de conceptos y retroalimentación de la información directamente relacionada con el proceso de facturación a los facturadores de cada servicio, permitiendo de este modo un mejor servicio y atención a los usuarios, y de igual manera garantizar un adecuado proceso en la facturación de los servicios prestados, dando | Se da respuesta a cada informe solicitado y se retroalimenta a los facturadores de nuevos pasos para la correcta facturacion y se diligencia el formato de actividades semanal mente llevando control oportuno de los egresos vrs facturacion generada |
| 18. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos por la Subred y la normatividad vigente aplicando autocontrol y autogestión en la elaboración y presentación. | CUMPLE | Se realizo la revisión del mes de las facturas verificando orden, documentos y soportes auditadas ,con el fin de garantizar una adecuada presentación de las facturas, y así dar el apoyo necesario en el proceso de entrega y radicación de las cuentas de las facturas genercdas . | Se realiza la entrega de las facturas por el sistema de informacion ( hoja de ruta )organizadas por pagador y por consecutivo a la central de acopio para iniciar proceso de radicacion |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19.Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CUMPLE | Mejorando continuamente en los procesos ,con calidad en la prestación del servicio, enfocados en nuestra politica, principios, valores, mision y visión para ofrecer un servicio integral en salud . | Se cumplio con la adherencia de las actividades establecidas en los diferentes procedimientos establecidos por la subred . |
| 20. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros. | CUMPLE | Se realiza mejorando continuamente en los procesos de humanizacion con calidad a la prestacion del servicio,enfocados en nuestra politica, principios, valores, mision y vision para ofrecer un servicio integral en salud. | Se llevo acabo en su totalidad todas las actividades que requirio la unidad y el cargo asignado, apoyando a las diferentes actividades solicitadas por el referente de la unidad. |
| 21. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario | CUMPLE | Se mantiene buena presentacion personal y dispocision en las actividades o contigencias solicitada por la Subred. | Me presento en una adecuada presentacion personal, con el carnet de la subred, teniendo una buena relacion con mis compañeros de trabajo. |
| 22. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizadas para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, 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. | CUMPLE | Se realizo las actividades acordes a la programacion y se dio respuesta oportuna a los diferentes servicios | Se llevo acabo las actividades en el marco de contratacion definida en el contrato publicado en el SECOP |
| 23. Realizar gestión de las solicitudes, necesidades, quejas y reclamos que realicen los usuarios de los servicios asignados o direccionados por el referente de la Unidad o líder de subred en temas o aspectos de facturación. | CUMPLE | se realizo gestion a las solicitudes conforme a lo solicitado por la referente de la unidad en su momento | se realiza gestion a las solicitudes en su momento cuando es solicitado por la referente de la unidad |
| 24. 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 o supervisor del contrato. | CUMPLE | Se realizo las mejoras de no conformidades en el desarrollo de las actividades con soporte y seguimiento de acta. | Se realiza acitivad de mejora de las actividades de acuerdo al acta firmada en el mes |

OBSERVACIONES:

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.021.422 DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M /CTE**

**DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**
**C.C. 1.013.682.373 de Bogota**

**SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ**
**LIDER DE FACTURACION SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E - ENERO 2021**

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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 | 1013582373 | Diana Elizabeth Castro Padilla | | CR 2 NUMERO 1214 | 7947155 | NANI.CASTRO24@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 29/12/2020 | 47619444 | $271.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EAS | 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 109.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 109.800 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 140.500 | 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 | 21.400 | | | | 21.400 | 0 | 0 | 21.400 | | | 214 | 21.400 | 1 |

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

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 109.800 | 109.800 |
| Pensión | 1 | 140.500 | 140.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.400 | 21.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 271.700 | 271.700 |

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 | 1013582373 | Diana Elizabeth Castro Padilla | CR 2 NUMERO 1214 | 7947155 | NANI.CASTRO24@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ. D. C. | BOGOTÁ. D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 29/12/2020 | 47619444 | $271.700 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1013582373 | Castro Padilla Diana Elizabeth | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 877.803 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 877.803 | 109.800 | 14-11 | 877.803 | 3 | 21.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
Modificaciones del Contrato
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?** Si No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CUENTA DE COBRO MAYO - DIANA CASTRO.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO MAYO - DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA.pdf | DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JUNIO - DIANA CASTRO.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO - DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO JULIO - 2020 - DIANA CASTRO.pdf | CTA COBRO JULIO - 2020 - DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA - SECOP - CTA AGOSTO - 20.pdf | DIANA - SECOP - CTA AGOSTO - 20.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE - DIANA CASTRO.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE - DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO OCTUBRE- DIANA CASTRO.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE- DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO NOVIEMBRE DIANA CASTRO.pdf | CUENTA COBRO NOVIEMBRE DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE - DIANA CASTRO.pdf | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE - DIANA CASTRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1013582373 |
| NOMBRES | DIANA ELIZABETH |
| APELLIDOS | CASTRO PADILLA |
| 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 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 23/06/2005 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 01/19/2021 14:50:06 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1013582373 | CASTRO | PADILLA | DIANA | ELIZABETH | 2020-12 | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9

87 Registros en 9 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

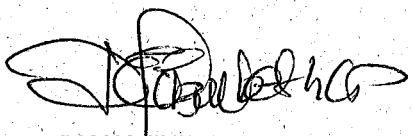
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**

**C.C 1.013.582.373 DE BOGOTA**

La suma Dos millones veintiún mil cuatrocientos veintidós pesos m/cte. $2.021.422, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. como APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3073 – 2020.



**DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**

**C.C. 1.013.582.373**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 007590386798**