Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE			284695
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1030614162	
CORREO	katermuxoz@misena.edu.co	CELULAR	3142238098	
PROCESO:	Cartera y Glosas			
SERVICIO:	Cartera y Glosas	UNIDAD:	Suba	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	CESR25											

BANCO	28	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450670030326		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0566-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	140	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	11646	FECHA	31/01/2023	
NÚMERO DE CDP: 2	1274	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	22861	FECHA	23/05/2023	
NÚMERO DE CDP: 3	1306	FECHA	25/05/2023	NÚMERO DE CRP: 3	25243	FECHA	31/05/2023	
NÚMERO DE CDP: 4	1737	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	36147	FECHA	01/08/2023	

OBJETO:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO I							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2023		30	09	2023

TIPO SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,261,855	VALOR LETRAS	

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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	25,660,427
VALOR EJECUTADO:	25,660,427
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,261,855
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
70854386	202,900	259,600	3	39,600	0	502,100
	0	0		0	0	

AJUSTE A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR $32.500

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

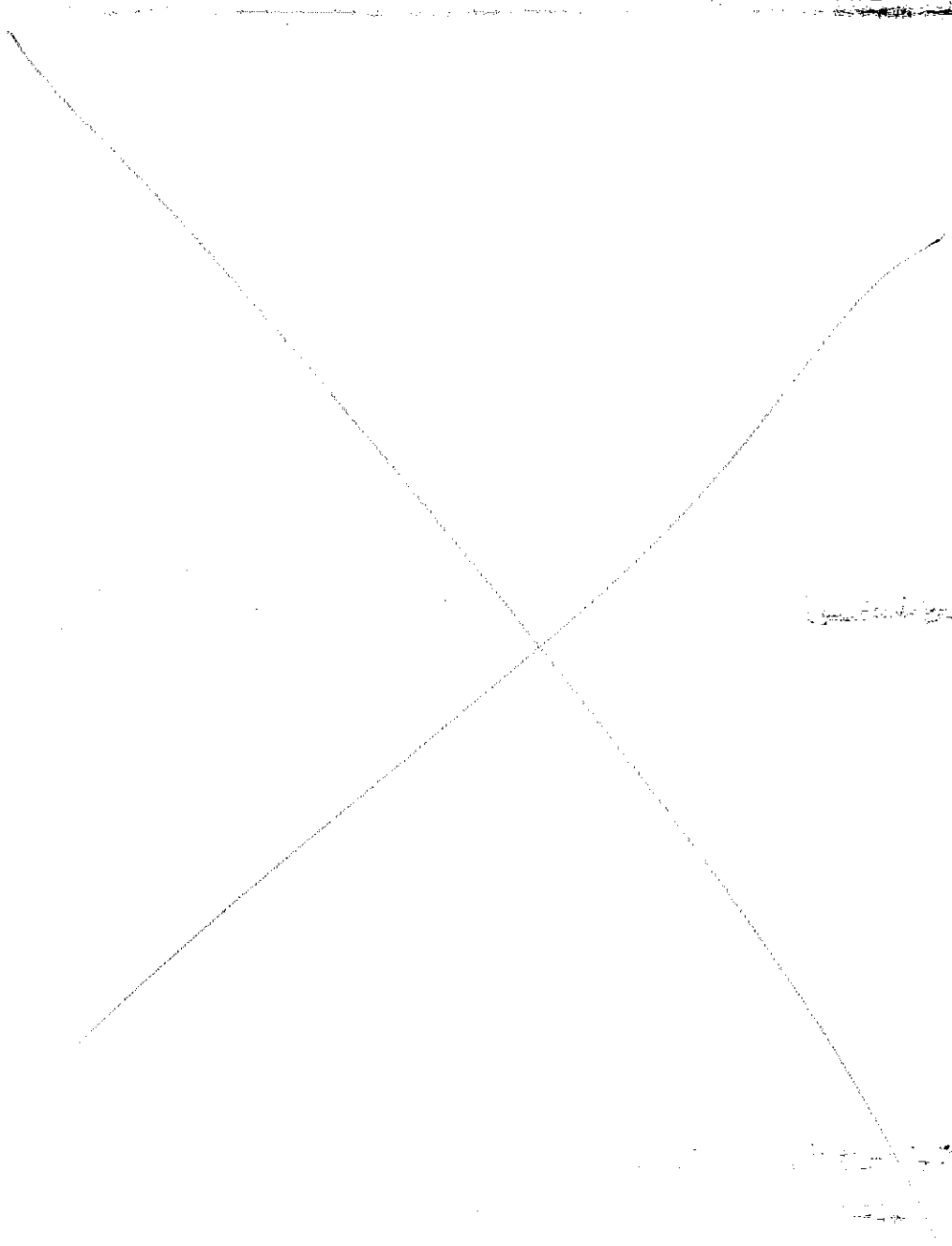
LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO	MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: CARTERA Y GLOSAS					UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 566-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ MYRIAM RONCANCIO		1	9	2023	30	9	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	DOCUMENTO: 1030614162						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como profesional de cartera y glosas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Realizar constante depuracion , gestion de cobro para mantener unas CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA , que permitan contribuir al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la subred.
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	cumplir con el registro en los sistemas de informacion establecidos por la subred a fin de poder contar con un sistema financiero (cartera) que permitan la generacion de estados financieros
3.Realizar la gestión de recaudo ante el pagador de acuerdo a la trazabilidad de la factura hasta que esta quede subsanada para la Subred Norte	**1. Capital Salud:** *Se solicitan bases de insistencia de pacientes para envio a la entidad *Se envian bases del contrato de PYD de los meses Febrero, marzo y abril, para auditoria *Se revisan actas de reuniones de supervision contrato PYD de los meses Marzo, abril y mayo *Se solicitan facturas para revision por parte de la EPS. *Se envia Nota de factura PGP liquidacion de contrato a la EPS *Se revisan actas de reuniones de supervision contrato PGP de los meses Marzo, abril y mayo *Se revisa acta de liquidacion del contrato PGP y se envian observaciones *Se realizo informe de la cartera corte Julio 2023 *Se realizan validaciones al contrao 031-2020 y se envian a la EPS *Se revisa acta de liquidacion del contrato PYD y se envian observaciones *Se envian soportes de facturas a la EPS solicitadas *Se validan facturas reportadas para inicio de conciliacion de Glosas *Se asiste a reunion de seguimiento de contrato evento, vitual *Se envian actas administrativas firmadas para inicio de conciliacion de Glosas *Se solicita soportes de pago para el contrato de PGP *Se asiste a reunion de seguimiento de contrato PYD, vitual **2.Regional de Aseguramiento 1:** *Se envian documentos de la EPS, a facturacion *Se envia informacion del proceso de radicacion a facturacion **3.Alianza Medellin:** *Se envia informacion del proceso de radicacion a facturacion *Se envia informacion recibida de la entidad, para validacion de radicacion del mes de septiembre 4.**Asmet Salud:** *Se envia estado de cartera a la EPS, para proceso de conciliacion *Se validan facturas reportadas por la EPS como no radicadas *Se envia detalle de facturas en estado de devueltas a cuentas medicas *Se asiste a la entidad para tema de devoluciones, presencial *Se envian actas de reunion, firmadas **5.Dispensario Sur Occidente - Ejercito:** *Se solicita informacion de facturas enviadas por correo *Se envian soportes de facturas para proceso de pago *Se envia estado de cartera de la Subred para proceso de conciliacion **6.Aliansalud:** *Se envia correo a facturacion referente a facturacion electronica **7.Unidad prestadora de Salud:** *Se valida cruce de cartera y se envian observaciones *Se envia Derecho de peticion solicitando Informacion de pago para la Subred



	8.SOS: *Se envia respuesta a conciliacion programada para la Unidad de Suba *Se envia conciliacion programada de Glosas **9. Ecoopsos:** *Se solicitan soportes de respuesta de devoluciones y Glosas
4.Aplicar pagos en el sistema de información generados del recaudo de los diferentes pagadores factura a factura.	1. Se solicitan soportes de pago mediante correo electronico,llamadas telefonicas; Se consolidan pagos efectuados por las entidades: **Allansalud, Capital, SOS, Asmet Salud y Allanza Medellin** 2. Se aplican pagos en el sistema de informacion de la Subred.
5. Efectuar cruces contables con las diferentes empresas a su cargo garantizando la depuración de cartera.	*Se programan citas para cruce de cartera con las entidades Ejercito
6. Llevar a cabo el analisis de la cartera libre para pago y concretar el desembolso de los valores acordados.	Se revisan cruce realizados con la entidad Capital Salud, Unidad prestadora y Asmet Salud
7. Proyectar mensualmente el recaudo efectivo de cada empresa a cargo.	*Se entrega proyeccion de recaudo para el mes de Octubre 2023 *Envio matriz de vigencias de pagos *Se realiza informe de ejecucion presupuestal
8. Hacer el seguimiento de la trazabilidad de las facturas que conforman la cartera de cada pagador asignado.	*Se organiza gestion realizada a las entidades en el mes de agosto de 2023 *Se realiza informe de muestreo realizado por la contraloria *Informe para agenda estrategica
9.	
10.	
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE (3.261.855)	
Katerine Muñoz V JULETH KATERINE MUÑOZ VELA CC:1 .030.614.162	Fecha : 30/09/2023 Firma de recibido supervisor: LUZ MYRIAM RONCANCIO
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

compensar miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

formación básica de la planilla

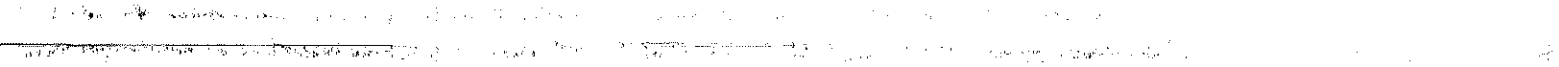
presa:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	**NIT:**	1030614162
o Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2023
cursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2023
mero de Radicación:	708543[illegible]6	**Total a pagar:**	$534,600
cha de vencimiento:	14/09/2023	**Total de empleados:**	1
cha de Pago:	12/09/2023	**Número de Administradoras:**	4

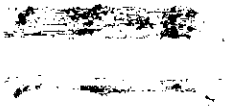
etalles del pago

zón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
scripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
nco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	154797544
cado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	8[illegible]0011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$39,600
230201	8[illegible]0229739	[illegible]roteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$259,600
CCF24	8[illegible]0066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$32,500
EPS008	8[illegible]0066942	Compensar EPS	1		$0	$202,900
						$534,600

i descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.





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	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	4 — Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	1	1/09/2023	70854386	$534.800	

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					
EPS004	Compensar EPS	860066942-7	202.900	0		0		0	0	0	0	202.900	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
23020	Protección (Ley 7 + Protección)	800229739-0	259.600	0	0	0	0	0	0		259.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.600				39.600	0	0	39.600			396	39.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.500	0	0	32.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	202.900	202.900
Pensión	1	259.600	259.600
Riesgos Laborales	1	39.600	39.600
CCF	1	32.500	32.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0