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		324758
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	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450670030326		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2979-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	179	FECHA	30/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	15062	FECHA	03/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	388	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	19314	FECHA	21/03/2024

OBJETO:	NULL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2024		30	04	2024

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:	9,785,565
VALOR EJECUTADO:	6,523,710
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:	3,261,855
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	66.67 %

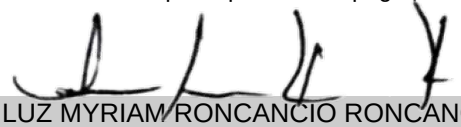
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
76211504	202,900	259,600	3	39,600	32,500	534,600
	0	0		0	0	

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE
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: 2979-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ MYRIAM RONCANCIO		**1**	**05**	**2024**	**31**	**5**	**2024**
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 envia informacion de Rips a la entidad *Se realiza revision de facturas Covid *Se realiza y se envia oficio de amortizacion de pagos a la entidad *Se realiza y se envia oficio de certificacion de radicacion de febrero *Se realiza y se envia oficio de certificacion de radicacion de marzo *Se asiste a reunion de supervision de contrato pyd *Se realiza informe de contrato de PGP y PYD *Se revisa oficio de rta de rechazos covid *Se envia informacion de produccion de contrato PGP *Se asiste a la Secretaria de Salud revision de contrato PGP y PYD *Se envia revision de acta de seguimiento *Se asiste a mesa 030 con la entidad **2.SOS:** ***Se envia acta de conciliacion de la Subred *Se asiste a reunion de conciliaion de cartera de la Unidad Simon Bolivar *Se envia acta de conciliacion firmada *Se asiste a mesa 030 con la entidad **3.ASMET SALUD:** *Se asiste a mesa 030 con la entidad *Se realiza y se envia derecho de peticion referente a incorfomidad *Se envia informacion de conciliacion de glosas *Se realiza informe de la entidad *Se asiste a mesa 030 con la entidad **4.ALIANZA MEDELLIN:** ***Se envia informacion de actualizacion de datos *Se envia informacion de Res 2284 *Se envia informacion para proceso de radicacion Rips *Se asiste a mesa 030 con la entidad **5.ALIANSALUD:** ***Se envia estado de cartera para proceso de conciliacion *Se asiste a mesa 030 con la entidad **6.UNIDAD PRESTADORA DE SALUD:** ***Se realiza y se envia oficio de facturas radicadas de la Policia Boyaca *Se envia informacion para conciliacion *Se realiza informe de la entidad

	7.POLICIA BOYACA: *****Se solicita recontruccion de y envio e facturas **8.DISPENSARIO SUR OCCIDENTE:** *****Se realiza y se envia oficio de cruce de cartera **9.HOSPITAL NAVAL CARTAGENA:** *****Se envia informacion de devolucion
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: **Aliansalud, Capital, SOS, Asmet Salud y Alianza 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 Aliansalud
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 Aliansalud, Asmet, unidad prestadora de Salud, ejercito
7. Proyectar mensualmente el recaudo efectivo de cada empresa a cargo.	*****Se entrega proyeccion de recaudo para el mes de junio 2024
8. Hacer el seguimiento de la trazabilidad de las facturas que conforman la cartera de cada pagador asignado.	*Se revisan los cruces de cartera de las diferentes EPS *Se diligencia matriz de circular 030 *Se asiste a mesas de circular 030
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)	
JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA CC:1 .030.614.162	DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE Fecha : 31/05/2024 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

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	**NIT:**	1030614162
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2024
Número de Radicación:	77008446	**Total a pagar:**	$534,600
Fecha de vencimiento:	16/05/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/05/2024	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	629060348
Estado 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	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$39,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$259,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$32,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$202,900
						$534,600

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

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	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	09/05/2024	77008446	$534.600	

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					
EPS008	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	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				
MEN				

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
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	534.600	534.600

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	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	09/05/2024	77008446	$534.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030614162	MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE	59	0			N																	230201	1.622.480	259.600	0	0	0	0	EPS008	1.622.480	202.900	14-23	1.622.480	3	39.600	CCF24	1.622.480	32.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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