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		351622
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
NÚMERO DE CDP: 3	807	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 3	33852	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 4	929	FECHA	24/07/2024	NÚMERO DE CRP: 4	40699	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 5	1205	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 5	47666	FECHA	30/09/2024

OBJETO:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO I								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	09	2024		30	09	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:	22,832,985
VALOR EJECUTADO:	22,832,985
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 %

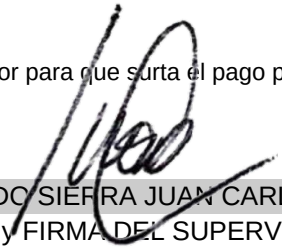
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
80283125	203,500	260,400	3	39,800	32,600	536,300
	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,





HURTADO SIERRA JUAN CARLOS	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: 2979-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JUAN CARLOS HURTADO SIERRA (E)		**1**	**9**	**2024**	**30**	**9**	**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 respuesta a certificacion de radicacion del mes de julio de 2024 *Se solicitan cdp de los contratos *Se da alcance a certificacion de PGP *Se realiza analisis de glosas notificadas para proceso de conciliacion *Se solicitan y se envian actas administrativas firmdas *Se valida acta de reunion supervision de contrato evento *Se valida acta de reunion supervision de contrato pyd *Se realiza informe de anticipos de la entidad para respuesta a la secretaria de salud *Se valida reconstruccion de facturas preauditoria *Se asiste a reunion de supervision de contrato evento *Se asiste a reunion de supervision de contrato PYD *Se asiste a reunion con el area financiera de la entidad *Se asiste a la secretaria de salud revision de contratos **2.SOS:** ***Se envia informacion de cambio de plataforma a facturacion *Se envia paz y salvo para conciliacion con la Unidad de engativa **3.ASMET SALUD:** *Se asiste a reunion con la entidad, revision de acuerdo de pago *Se envia informacion de reunion de Glosas y devoluciones *Se envia informacion a la entidad para reunion de cartera **4.ALIANZA MEDELLIN:** ***Se envia detalle de motivos de facturas devueltas *Se da respuesta a respuesta de la entidad cobro persuasivo *Se envia detalle de facturas reportadas como devueltas **5.ALIANSALUD:** *Se solicita informacion de pago de Unidades a la entidad *Se solicita informacion de facturas reportadas como no radicadas **6.COMANDO MANTENIMIENTO:** ***Se envia soporte de facturas reportadas como no radicada

	7.DISPENSARIO SUR OCCIDENTE: *****Se envia soporte de aplicacion de pago solicitado *Se envia parafiscales para tramite de pago a la entidad *Se envia soporte de radicacion de facturas en plataforma SIIF **8.REGIONAL 1:** *Se envia derecho de peticion al ministerio para solicitud de informacion de pago **9.UNIDAD ADM ARAUCA:** *Se envia derecho de peticion al ministerio para solicitud de informacion de pago **10.UNIDAD PRESTADORA DE SALUD:** *****Se envia derecho de peticion al ministerio para solicitud de informacion de pago *Se da respuesta a respuesta de la entidad cobro persuasivo Marzo *Se da respuesta a respuesta de la entidad cobro persuasivo Julio **11.COMANDO 1:** *****Se envian datos solicitados de la Subred. **12.NAVAL - DISPENSARIO MEDICO II:** *****Se enevia detalle de facturas en estado 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 la entidad Capital Salud
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 las entidades Alianza Medellin y Unidad prestadora de Salud
7. Proyectar mensualmente el recaudo efectivo de cada empresa a cargo.	*****Se entrega proyeccion de recaudo para el mes de Octubre 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 realiza informe de vigencias de pagos recibidos
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 : 30/9/2024 Firma de recibido supervisor: JUAN CARLOS HURTADO SIERRA (E)

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:**	agosto 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2024
Número de Radicación:	80283125	**Total a pagar:**	$536,300
Fecha de vencimiento:	13/09/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	17/09/2024	**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:**	919337380
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	$39,800
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$260,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$32,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$203,500
						$536,300

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 80283125, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	
2024-08	2024-08	I	17/09/2024	80283125	$536.300	

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	4	600	0	203.500	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	4	800	0	260.400	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	4	200	39.800			396	39.800	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	4	100	32.600	1

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	202.900	203.500
Pensión	1	259.600	260.400
Riesgos Laborales	1	39.600	39.800
CCF	1	32.500	32.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	534.600	536.300

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	
2024-08	2024-08	I	17/09/2024	80283125	$536.300	

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