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
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMANDA SANABRIA MONTES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	39792117	
CORREO ELECTRONICO:	asanabriam72@gmail.com				CELULAR:	6254727	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU40R25	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590241381				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1345			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	194	FECHA	2025-01-24 14:45:54.000	NÚMERO DE CRP	14191	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,159,005				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		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:	$16,636,020
VALOR EJECUTADO	$4,159,005
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,005
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$12,477,015
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
8383596432	$1,655,325	$206,916	$264,852	3	$40,324	$512,091

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jesus Augusto Vizcaino Bejarano
79914036
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
1. Verificar el manejo de la información enviada por las EPS para inclusión en el sistema de información	Se verifica la glosa y devolución inicial y ratificada recibida durante el mes de Febrero 2025	Reporte de glosa y devolución recibida y registrados en el aplicativo Dinamica Gerencial durante el mes de Febrero 2025
2. Verificar el registro de la respuesta de glosa en el sistema de información y la radicación de la respuesta en la entidad	Se verifica la glosa y devolución inicial y ratificada tramitada durante el mes de Enero 2025	Reporte de glosa y devolución tramitada y registrados en el aplicativo Dinamica Gerencial durante el mes de Febrero 2025
3. Adelantar el proceso de depuración de saldos iniciales registrados en el módulo de las glosas por responder	Se verifica información registrada en el inventario de Glosas y Devoluciónes frente a los saldos de cartera para depurar el inventario	Reporte de glosa y devolución pendiente por tramitar registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial al cierre de Febrero 2025
4. Verificar y apoyar los procesos de refacturación	Se verifica y apoyan los proceso solicitados en el área	Reporte de requerimientos tramitados
5. Elaboración de informe de Inventario de glosas, glosa aceptada, glosa conciliada y los demás requeridos	Se realiza seguimiento diario al ingreso y trámite de glosas y devoluciónes para actualizar el pendiente de trámite	Reporte diario de movimientos de recepción y trámite e inventario actualizado
6. Verificar el descargue de Actas de Conciliación de evento en el sistema factura a factura	Se verifica el proceso de registro y trámite de las actas de conciliacion en Dinamica	Reporte de registro en Dinamica Gerencial de las conciliaciones realizadas en Febrero 2025
7. Generación de informes del módulo de cuentas médicas con el área de sistemas de acuerdo a la información solicitada para el desarrollo de los procesos de conciliaciónes contables	Se realizan cruces de información solicitados por la as auditoras previa a las conciliaciones de glosas y devoluciones con las entidades	Se entregan archivos de cruce por cada entidad solicitada (10 cruces)
8. Verificar la generación de Notas Crédito para entregar al área de cartera y contabilidad	Se verifica el registro total de la glosa aceptada en el mes por factura a factura	Reporte de registro en Dinamica Gerencial de las notas aplicadas en el mes
9. Entrega de copias de Actas de Conciliación al área de cartera para gestión de recaudo	Se registran en Base de Datos las conciliaciónes médicas reportadas y soportadas durante el mes.	"Informe de Actas de Conciliación Mensual. Se entrega Base de Datos de Actas de Conciliación 2017-2025 y archivo detallado por mes con las actas de conciliación de glosa scaneadas"
10. Custodia de actas de conciliación	Se reciben las Actas de Conciliación magneticas y se archivan por mes de notificación	Se deja copia de las Actas archivadas mes a mes en medio magnetico
11. Generación de informes para las diferentes áreas internas y externas y los diferentes entes de control	Se organiza y entrega la información relacionada con los movimientos de glosa de acuerdo a la solicitud realizada	Se apoya el proceso de informes según requerimiento (ADRES-FFDS)
13. Manejo del archivo físico conforme a los criterios técnicos definidos para el mismo	Se organiza la documentacion recibida en el área y se archiva	Se organiza la documentacion recibida en el área y se archiva

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Jesus Augusto Vizcaino Bejarano
79914036
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

AMANDA SANABRIA MONTES

C.C 39.792.117 DE BOGOTÁ

La suma de $ 4.159.005, por concepto de: Prestar servicios como Apoyo profesional II a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Financiera 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, durante el periodo de 1 al 28 de Febrero 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1345-2025.

Amanda Sanabria Montes

AMANDA SANABRIA MONTES
C.C. 39.792.117 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0570007590241381

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	39792117	AMANDA SANABRIA MONTES	kr 2 no 127 b 37	6254727	ASANABRIAM72@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	
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83596432	$547.200	

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	207.000	0		0		0	4	600	0	207.600	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	264.900	0	0	0	0	4	800	0	265.700	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	40.400				40.400	4	200	40.600			404	40.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.200	4	100	33.300	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	207.000	207.600
Pensión	1	264.900	265.700
Riesgos Laborales	1	40.400	40.600
CCF	1	33.200	33.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	545.500	547.200

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
CC	39792117	AMANDA SANABRIA MONTES		kr 2 no 127 b 37	6254727	ASANABRIAM72@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83596432	$547.200	

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	CORRECCION	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	39792117	SANABRIA MONTES AMANDA	59	0			N																	25-14	1.655.325	264.900	0	0	0	0	EPS008	1.655.325	207.000	14-11	1.655.325	3	40.400	CCF24	1.655.325	33.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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