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:	RINCON ROBERTO DIANA MILENA		378831
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	53002978
CORREO	dianamilenarincon@gotmail.	CELULAR	3134506062
PROCESO:	Cartera y Glosas		
SERVICIO:	Cartera y Glosas	UNIDAD:	Centro De Servicios

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2440-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	198	FECHA	28/01/2025	NÚMERO DE CRP: 1	9689	FECHA	01/02/2025
NÚMERO DE CDP: 2	625	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 2	24361	FECHA	30/04/2025
NÚMERO DE CDP: 3	625	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 3	25333	FECHA	09/05/2025
NÚMERO DE CDP: 4	877	FECHA	25/06/2025	NÚMERO DE CRP: 4	32637	FECHA	30/06/2025

OBJETO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2025		31	03	2025

TIPO SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	6,263,108	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:	37,578,648
VALOR EJECUTADO:	31,315,540
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,263,108
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	6,263,108
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	83.33 %

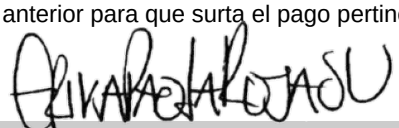
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
84219667	375,000	480,000	3	73,100	0	928,100
	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,



ROJAS URREGO ERIKA PAOLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



RINCON ROBERTO DIANA MILENA

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.

	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: 18/02/2025

ÁREA Y/O SERVICIO: Cartera y Glosas					**UNIDAD:**		**UMHES Suba**	
No. DE CONTRATO: CPS-2440-2025	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Erika Paola Rojas Urrego		**1**	**3**	**2025**	**31**	**3**	**2025**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Diana Milena Rincon Roberto	**DOCUMENTO: CC 53002978**							

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUDITOR MEDICO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion.

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.	REUNION SIMON BOLIVAR - SEGUIMIENTO SUBREDNORTE - MERCADEO- CUENTAS MEDICAS - AME
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.	APOYO HOMOLOGACIÓN CUPS - SOAT
3. Auditar y responder cuentas que son objeto de glosa	-RESPUESTA A ALIANSALUD DE GLOSA REITERADA Y GESTIÓN PARA CITA DE CONCILIACIÓN - PREPARACIÓN DE RESPUESTA POSITIVA ARL
4.Conciliar medica y administrativamente las objeciones	CONCILIACIÓN REGONAL 1 -CONCILIACIÓN MALLAMAS
5.Garantizar agendas y citas programadas con los diferentes pagadores.	CONCILIACIÓN POSITIVA -GESTÓN DE CONCILIACIÓN COLMENA ARL
6.Presentar informes de agendas, motivos de glosa y demas temas inherentes.	CONCILIACIÓN SOLIDARIA SOAT - RESPUESTA A GLOSA ALIANZA MEDELLIN - SAVIA SALUD
7. Efectuar retroalimentacion a los demas procesos de la Red como manera preventiva de generacion de glosas.	CONTINUACION CONCILIACION FACTURA SN236207 - COLMENA SEGUROS - RESPUESTA PERTINENCIA FRONTERIZOS
8. Prestar apoyo en la respuesta a los tecnicos en las instalaciones de la Red.	RESPUESTA SEGUROS DEL ESTADO
9. Elaborar el informe de responsabilidad de presuncion de detrimento y entregarlo apoyo tecnico para elaborar la matriz que va al comité de glosas.	MESA DE TRABAJO SURA ARL - MESA DE TRABAJO POSITIVA ARL

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): SEIS MILLONES DOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE ($6.263.108)

_____ _____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA MILENA RINCON ROBERTO CC: 53'002.978	Fecha : 19/marzo/2025 ERIKA PAOLA ROJAS URREGO DIRECTOR FINANCIERO (E)

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación 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	53002978	DIANA MILENA RINCON ROBERTO	CLL 88 N 95F 17 INT 209	2294248	dianamilenarincon@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	18/02/2025	84219667	$928.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.100	928.100

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	53002978	DIANA MILENA RINCON ROBERTO		CLL 88 N 95F 17 INT 209	2294248	dianamilenarincon@hotmail.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	
2025-02	2025-02	I	18/02/2025	84219667	$928.100	

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	53002978	RINCON ROBERTO DIANA MILENA	59	0			N							X										230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-11	3.000.000	3	73.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA MILENA RINCON ROBERTO	**NIT:**	53002978
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84219667	**Total a pagar:**	$928,100
Fecha de vencimiento:	19/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	18/02/2025	**Número de Administradoras:**	3

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 DE BOGOTA	**Número Autorización:**	1276078340
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$73,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$480,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$375,000
						$928,100

***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