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		378852
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1030614162
CORREO	katermuxoz@misena.edu.co	CELULAR	3142238098
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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450670030326		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2448-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	198	FECHA	28/01/2025	NÚMERO DE CRP: 1	9697	FECHA	01/02/2025
NÚMERO DE CDP: 2	625	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 2	24261	FECHA	30/04/2025
NÚMERO DE CDP: 3	877	FECHA	25/06/2025	NÚMERO DE CRP: 3	32638	FECHA	30/06/2025

OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO I

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	3,827,207	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:	22,963,242
VALOR EJECUTADO:	19,136,035
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,827,207
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,827,207
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
84933664	202,900	259,600	3	39,600	32,500	534,600
	0	0		0	0	

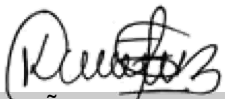
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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



ROJAS URREGO ERIKA PAOLA

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: 2448-2025	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO		**1**	**03**	**2025**	**31**	**3**	**2025**
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 plan de trabajo 1 de facturas devueltas *Se realiza cruce de cartera con el area de cuentas medicas *Se envia detalle de plan de trabajo 2 de facturas devueltas *Revision de facturacion presentada en la vigencia 2024 *Se envia solicitud a la entidad de radicacion de enero *Se valida notificacion de glosa por conciliar *Se solicitan actas administrativas *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion *Se envian notas credito a la entidad *Se realiza oficio de reconocimiento de sobre-ejecucion PGP 2023 *Se asisten a supervision de contrato de la modalidad de evento *Se asisten a supervision de contrato de la modalidad de PGP *Se envia a facturacion informacion de rta de garantias de radicacion ***2.SOS:** *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion *Se envia acta de conciliacion de la Unidad de Engativa *Se envia informacion de radicacion al area de cuentas medicas *Se envia detalle de facturas para conciliar a la auditora *Se envia acta de conciliacion de la Subred *Se envia detalle de facturas en estado devolucion *Se envia acta de conciliacion Simon Bolivar *Se solicita cita de conciliacion para conciliacion **3.ASMET SALUD:** *Se confirma a asistencia a reunion con la vicepresidenta *Se da rta a rta de derecho de peticion enviado por la Subred *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **4.ALIANZA MEDELLIN:** *Se envia informacion de actualizacion de datos de la Subred *Se envia cartera en formato solicitado por la EPS *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **5.ALIANSALUD:** *Se envia Rta a solicitud de deudores morosos *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **6.COMANDO 1:** *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion

	7.DISPENSARIO SUR OCCIDENTE: *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **8.EMSSANAR:** ***Se solicita link para conciliacion de cartera *Se asiste a conciliacion de cartera con la entidad *Se envia detalle de facturas por conciliar auditoras *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **9.UNIDAD ADM ARAUCA:** ***Se envia acta firmada de mesas de circular 030 *Se asiste a conciliacion de cartera con la entidad *Se envia soporte de radicacion de facturas reportadas como no radicadas *Se realiza revision de cartera *Se envia rta a cruce de cartera *Se envia acta de conciliacion de cartera firmada *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **10.FUERZA AEREA** ***Se envia a facturacion oficio de rta de garantias de radicacion *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **11. Dispensario Medico II** ***Se envia acta de conciliacion de cartera firmada *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **12. REGIONAL DE ASEGURAMIENTO 1** ***Se envia notificacion de glosa por conciliar a la auditora *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **13. UNIDAD PRESTADORA DE SALUD:** *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **14.POLICIA BOYACA:** *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion **15.HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA:** *Envio oficio de reconocimiento de garantias para proceso de radicacion
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 asiste a cita de cruce de cartera con la entidad Capital salud, Unidad Adm Arauca
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 Emssanar, Unidad Adm Arauca y SOS
7. Proyectar mensualmente el recaudo efectivo de cada empresa a cargo.	***Se entrega proyeccion de recaudo para el mes de Abril 2025
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 *Se realiza diligenciamiento de Matriz de circular 030
9.	
10.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($3.827.207) TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA CC:1 .030.614.162	Fecha: 31/03/2025 Firma de recibido supervisor:ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

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:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84933664	**Total a pagar:**	$534,600
Fecha de vencimiento:	14/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	11/03/2025	**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:**	1329245655
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	11/03/2025	84933664	$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	
2025-02	2025-02	I	11/03/2025	84933664	$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	Estudiante	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