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		379600
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
NÚMERO DE CDP: 5	1143	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 5	39155	FECHA	31/08/2025

OBJETO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	04	2025		30	04	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:	43,841,756
VALOR EJECUTADO:	43,841,756
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:	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
84750128	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.

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
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: Cartera y Glosas			**UNIDAD:**				
No. DE CONTRATO: CPS-2440-2025	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Erika Paola Rojas Urrego		**1**	**04**	**2025**	**30**	**4**	**2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Diana Milena Rincon Roberto	**DOCUMENTO:**						
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.	FIRMA DE ACTAS FAMISANAR - COMPENSAR - FFD
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.	CONCILIACION Y FIRMA - MESA DE TRABAJO DISOC - MESA DE TRABAJO POSITIVA
3. Auditar y responder cuentas que son objeto de glosa	CONCEPTO DE PERTINENCIA ARL COLMENA
4.Conciliar medica y administrativamente las objeciones	MESA DE TRABAJO POSITIVA ARL - PREPARACION LA PREVISORA
5.Garantizar agendas y citas programadas con los diferentes pagadores.	CONCILIACIÓN PPL - PREPARACIÓN CONCILIACIÓN LA EQUIDAD - FIRMA ACTA DISOC
6.Presentar informes de agendas, motivos de glosa y demas temas inherentes.	FIRMA DE ACTA PPL -RESPUESTA EPS MALLAMAS
7. Efectuar retroalimentacion a los demas procesos de la Red como manera preventiva de generacion de glosas.	RESPUESTA GLOSA MALLAMAS - ASISTENCIA CONCILIACION EPS ALIANSALUD - SAVIA SALUD
8. Prestar apoyo en la respuesta a los tecnicos en las instalaciones de la Red.	CONCILIACIÓN LA PREVISORA
9. Elaborar el informe de responsabilidad de presuncion de detrimento y entregarlo apoyo tecnico para elaborar la matriz que va al comité de glosas.	CONCILIACIÓN SOAT LA EQUIDAD

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:

CC: DIANA MILENA RINCON ROBERTO CC: 53'002.978

Fecha : 30 DE ABRIL 2025

ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

Firma de recibido supervisor:

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:	DIANA MILENA RINCON ROBERTO	**NIT:**	53002978
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2025
Número de Radicación:	84750128	**Total a pagar:**	$928,100
Fecha de vencimiento:	21/04/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/03/2025	**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:**	1323499797
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