

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1023862731
CORREO ELECTRONICO:			caritoperalt19@gmail.com			CELULAR:		6019302797
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			9270314678				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3318			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1953	FECHA	2025-09-24 16:27:03.000	NÚMERO DE CRP	41020	FECHA	2025-09-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL ESPECIALIZADO I						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-09-01			2025-09-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,063,136				
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:						\$37,298,435		
VALOR EJECUTADO						\$5,063,136		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,063,136		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$32,235,299		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						14%		
El intervisor 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	
89905625	\$2,025,254	\$253,157		\$324,041	3	\$49,335	\$626,533	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
ANA LUCIA QUINTERO MOJICA 52827329 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1.Elaborar informe de recepción de glosas y devoluciones detallado por tercero, régimen, factura, motivo, entre otros.	elaboración del Informe de recepción de glosas y devoluciones detallado	Informe de recepción de glosas y devoluciones detallado
2.Elaborar informe de tramites de glosas y devoluciones detallado	Elaborar el Informe de tramites de glosas y devoluciones detallado	Informe de tramites de glosas y devoluciones detallado
3. Elaborar informe de glosas y devoluciones pendientes por contestar detallado	Elaboración de Informe de glosas y devoluciones pendientes por contestar detallado	Informe de glosas y devoluciones pendientes por contestar detallado
4. Realizar la conciliación de glosas pendientes por contestar	Conciliación de glosas pendientes por contestar	Conciliación de glosas pendientes por contestar
5. Realizar la conciliación de glosas definitivas vigencia actual	Conciliación de glosas definitivas vigencia actual	Conciliación de glosas definitivas vigencia actual
6. Realizar la conciliación de glosas definitivas vigencia anterior.	Conciliación de glosas definitivas vigencia anterior.	Conciliación de glosas definitivas vigencia anterior.
7. Realizar la consolidado de glosas y devoluciones recepcionadas y tramitadas	Elaborar el consolidado de glosas y devoluciones recepcionadas y tramitadas	Consolidado de glosas y devoluciones recepcionadas y tramitadas
8. Generar las respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones y pasar para aprobación de la líder de área.	Respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones	Respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones
9. Realizar seguimiento y dar avance a los planes de mejoramiento generados por conceptos de glosas o devoluciones.	Respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones	Respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones
10. Realizar y presentar el informe SIVICOF de glosas definitivas.	Seguimiento a planes de mejoramiento	Seguimiento a planes de mejoramiento
11. Cargar y presentar la información en SIHO – Decreto 2193 de glosas por contestar y definitivas.	Informe Sivicof glosas definitivas 2024	Informe Sivicof glosas definitivas 2024
12. Realizar el análisis mensual del comportamiento de las glosas y devoluciones.	Diligenciamiento SIHO 2193 cartera y cuentas médicas	
13. Socializar junto con las auditoras médicas los motivos de objeción a las diferentes áreas.	Análisis mensual del comportamiento de las glosas y devoluciones.	Análisis mensual del comportamiento de las glosas y devoluciones.
14. Realizar y entregar para aprobación, las presentaciones para comités, juntas y demás reuniones en donde se requiera la socialización del estado de las glosas y devoluciones.	Actas de socialización de glosas	Actas de socialización de glosas
15. Apoyo a la líder de área en el seguimiento, organización y control del grupo de cuentas médicas.	seguimiento, organización y control del grupo de cuentas médicas.	seguimiento, organización y control del grupo de cuentas médicas.
16. Apoyo a la líder de área en la coordinación y cumplimiento de actividades del grupo de cuentas médicas e informar de manera oportuna a la líder del área las novedades que se presenten.	Apoyo en la coordinación y cumplimiento de actividades del grupo de cuentas médicas e informar de manera oportuna a la líder del área las novedades que se presenten.	Informes de seguimiento a recepción y respues de objeciones diario, correos electrónicos, informes de seguimiento.
17. Reportar de forma oportuna a la líder de área las diferentes situaciones que se presenten al interior del grupo y en la realización de las actividades, con el fin de generar alertas tempranas y facilitar la toma de decisiones.	reporte de situaciones que se presenten al interior del grupo y en la realización de las actividades, con el fin de generar alertas tempranas y facilitar la toma de decisiones.	Informes de seguimiento a recepción y respues de objeciones diario, correos electrónicos, informes de seguimiento.
18. Demás actividades asociadas al proceso de cartera y cuentas médicas que la líder del área indique.	Actividades indicadas por la líder del proceso.	Informes de seguimiento a recepción y respues de objeciones diario, correos electrónicos, informes de seguimiento.

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
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:

JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ
C.C 1.023.862.731 DE BOGOTÁ

La suma de cinco millones sesenta y tres mil ciento treinta y seis pesos m/cte. (\$5.063.136), por concepto de: Prestar servicios como profesional Especializado I 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 con el requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 30 de septiembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3318-2025.



JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ
C.C. 1.023.862.731 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0092 7031 4678

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ		KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	18/09/2025	89905625	\$630.800

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	253.200	0		0		0	10	1.600	0	254.800	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	324.100	0	0	0	0	10	2.100	0	326.200	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	49.400				49.400	10	400	49.800			494	49.800	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	253.200	254.800
Pensión	1	324.100	326.200
Riesgos Laborales	1	49.400	49.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	626.700	630.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ		KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	18/09/2025	89905625	10
					TOTAL A PAGAR
					\$630.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1023862731	PERALTA HERNANDEZ JENNY CAROLINA	59	0		N																	230301	2.025.300	324.100	0	0		0	0	EPS008	2.025.300	253.200	14-11	2.025.300	3	49.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA