

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5	
			PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DEISY LEVY BORRAY RIVERA										381194	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1010176372					
CORREO		dborray584@gmail.com				CELULAR		3133459755					
PROCESO:		Facturacion											
SERVICIO:		Facturacion				UNIDAD:				Chapinero			
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:				3418-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO											
NÚMERO DE CDP: 1		279		FECHA		11/02/2025		NÚMERO DE CRP: 1		16063		FECHA		27/02/2025					
NÚMERO DE CDP: 2		529		FECHA		28/03/2025		NÚMERO DE CRP: 2		20017		FECHA		31/03/2025					
NÚMERO DE CDP: 3		604		FECHA		15/04/2025		NÚMERO DE CRP: 3		21677		FECHA		17/04/2025					
NÚMERO DE CDP: 4		624		FECHA		24/04/2025		NÚMERO DE CRP: 4		24299		FECHA		30/04/2025					
NÚMERO DE CDP: 5		878		FECHA		26/06/2025		NÚMERO DE CRP: 5		32905		FECHA		30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 6		1144		FECHA		22/08/2025		NÚMERO DE CRP: 6		40159		FECHA		31/08/2025					
OBJETO:		AUXILIAR ADMINISTRATIVO II																	
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA 01		MES 04		AÑO 2025		HASTA		DIA 30		MES 04		AÑO 2025	
TIPO SERVICIOS		Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		1,975,692				VALOR LETRAS													
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:	13,150,036					
VALOR EJECUTADO:	13,150,036					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,975,692					
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186					
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186					
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
85083737	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	0	0		0	0	
PLANILLA ADICIONAL NUMERO 85719852						
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,

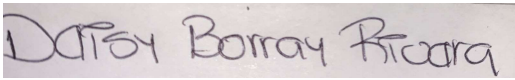
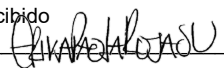
ROJAS URREGO ERIKA PAOLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DEISY LEVY BORRAY RIVERA

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					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSIÓN: 4					
	GESTIÓN CONTRACTUAL				PÁGINA : 1 DE 1					
				FECHA: 07/11/2024						
ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACIÓN							UNIDAD:		SUBA	
No. DE CONTRATO: 3418-2025				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO					1	04	2025	30	4	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DEISY LEVY BORRAY RIVERA				DOCUMENTO: CC.1.010.176.372						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO II 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 institución.										
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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.					1. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2.Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3.Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación. 4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5.Ingreso de información confiable al Sistema de información.					
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.					Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos dentro del proceso de la facturación que afecten las finanzas de la Institución 2.Brindar una atención calida, respetuosa y enmarcada en la humanización de nuestro proceso 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4.Ingreso y registro de información confiable al sistema de información					
4.Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente					Se realizo el ingreso de los pacientes al sistema de informacion y registro de los datos requeridos, con previa verificación de derechos en las diferentes bases de datos y autorizaciones fisicas y a su vez registro de autorizacion en la factura.					
5.Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred.					Asignación de citas medicas.					
6. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social, según formato.					Se le Informo al area de autorizaciones y admisiones, y trabajo social de los pacientes particulares o con alguna inconsistencia en su estado de afiliación.					
7.Verificar la correcta admisión del paciente Solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.					Se realizo la verifiacion de derechos de los usuarios a facturar, se realizo la actualizacion de la informacion de los usuarios requeridos.					
8. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago					Todas las facturas realizadas fueron firmadas por el usuario					
9. Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015					Se realizó la entrega de recaudos, arqueos de caja, traslados y reportes de facturas diariamente					
10. Soporta la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000					Entrega de facturas con todos los soportes para sus respectiva radicación y pre-auditoria.					
11. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal					Entrega de recaudos, arqueos de caja, traslados y reportes de facturas diariamente.					
12. Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado".					Entrega de facturas con sus respectivos soporte y reporte en los tiempos según los lineamientos entregados por el área de pre auditoria y facturación para su previa verificación y devolución					
13. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera					Se realizará solicitud de nota crédito a las facturas que se requirió por el área de facturación ya sea por cambio de pagador, subfacturación y/o sobrefacturación.					
14. Reportar al Tecnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal					Entrega de acta de anulación con su respectivos soportes y remplazos al área de facturación (24 horas)					
15. Elaborar los reportes de facturación del área asignada.					Entrega de reportes de facturacion diariamente					
16. Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados.					Entrega de facturas de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. (Diariamente)					
17. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS (asistir a capacitaciones requeridas por el area de facturación).					Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo.					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.975.652 (UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE)										
 DEISY LEVY BORRAY RIVERA CC: 1.010.176.372					Fecha : 30/04/2025 Firma de recibido supervisor: 					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.										

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010176372	DEISY LEVY BORRAY RIVERA		CLLE 30C SUR N 01A 28	3629087	DBORRAY584@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
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85083737	\$405.800

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010176372	DEISY LEVY BORRAY RIVERA		CLLE 30C SUR N 01A 28	3629087	DBORRAY584@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
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85083737	\$405.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	1010176372	BORRAY RIVERA DEISY LEVY	3	0		N																		231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010176372	DEISY LEVY BORRAY RIVERA		CLLE 30C SUR N 01A 28	3629087	DBORRAY584@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
85083737	09/04/2025				EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-03	2025-03	N	10/04/2025	85719852	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$34.700

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					

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

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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	34.700	34.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010176372	DEISY LEVY BORRAY RIVERA		CLLE 30C SUR N 01A 28	3629087	DBORRAY584@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
85083737	09/04/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	N	10/04/2025	85719852	\$34.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1010176372	BORRAY RIVERA DEISY LEVY				59	0		N	R	ZI																231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA