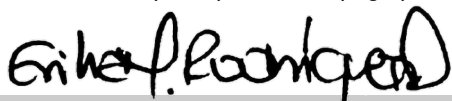
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05								
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5								
											PÁGINA: 1 DE 1								
										FECHA: 16/02/2018									
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		PARRA PARRA CAMILA ANDREA										401765							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1012432710									
CORREO		null				CELULAR				null									
PROCESO:		Financiera																	
SERVICIO:		Financiera				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:		5913-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		625		FECHA		24/04/2025		NÚMERO DE CRP: 1		29344		FECHA		01/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 2		877		FECHA		25/06/2025		NÚMERO DE CRP: 2		32756		FECHA		30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 3		1143		FECHA		22/08/2025		NÚMERO DE CRP: 3		40259		FECHA		31/08/2025					
NÚMERO DE CDP: 4		1322		FECHA		19/09/2025		NÚMERO DE CRP: 4		46644		FECHA		29/09/2025					
OBJETO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV																	
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		08		2025				31		08		2025	
TIPO SERVICIOS		Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		4,927,154																	
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:										19,708,616									
VALOR EJECUTADO:										19,708,616									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:										4,927,154									
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													
88359556	247,500	316,800	3	48,400	12,000	624,700													
	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,

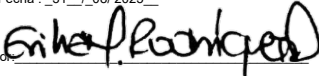


RODRIGUEZ DIAZ ERIKA MILENA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



PARRA PARRA CAMILA ANDREA
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. GESTIÓN CONTRACTUAL					VERSIÓN: 4				
						PÁGINA : 1 DE 1				
						FECHA: 07/11/2024				
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION FINANCIERA - COSTOS					UNIDAD:		CHAPINERO			
No. DE CONTRATO: CPS 5913-2025			PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ (E)					1	08	2025	31	08	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CAMILA ANDREA PARRA PARRA			DOCUMENTO: 1012432710							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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. Aplicar la metodología de costos establecida por los órganos administrativos internos y/o externos de la subred					Se aplica la metodología de costos establecida por los órganos administrativos internos y/o externos de la subred					
2. Mantener actualizado el Censo de Personal planta y OPS					Se mantiene actualizado el Censo de Personal planta y OPS					
3. Realizar, analizar y presentar costo por actividades de consulta externa, laboratorio, imagenología, hospitalización y cirugía.					Se realiza el costo por actividades de consulta externa, laboratorio, imagenología, hospitalización y cirugía.					
4. Proyección de costos de los convenios celebrados con la secretaria distrital de salud.					Se proyecta costos de los convenios celebrados con la secretaria distrital de salud.					
5. Realizar la capacitación de usuarios del sistema integrado, una vez se encuentre estable la parametrización y pruebas.					Se realiza capacitación de usuarios del sistema integrado, una vez se encuentre estable la parametrización y pruebas.					
6. Dar cumplimiento a la resolución DDC 0001 de 2023 o vigentes.					Se da cumplimiento a la resolución DDC 0001 de 2023 o vigentes.					
7. Seguimiento a la ejecución financiera de todos los convenios interadministrativos.					Se realiza seguimiento a la ejecución financiera de todos los convenios interadministrativos.					
8. Mantener actualizada la producción en matriz de costos.					Se mantiene actualizada la producción en matriz de costos.					
9. Realizar la actualización de CECOS-Áreas de Servicio y Centros de Producción en Dinámica Gerencial.					Se realiza actualización de CECOS-Áreas de Servicio y Centros de Producción en Dinámica Gerencial.					
10. Elaborar y consolidar Anexo 4 de los convenios.					Laboro y consolido Anexo 4 de los convenios.					
11. Actualizar Información de la base datos del seguimiento financiero a la ejecución de los convenios Interadministrativos suscritos con la Subred Norte.					Actualizo Información de la base datos del seguimiento financiero a la ejecución de los convenios Interadministrativos suscritos con la Subred Norte.					
12. Realizar la provision de los contratos tercerizados					Realizo la provision de los contratos tercerizados					
13. Demás actividades que se asignen.					Realizo las demás actividades que me asignen.					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$4.927.154) CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO										
 CAMILA ANDREA PARRA PARRA CC: 1012432710					Fecha : _31_/ _08/ 2025_  Firma de recibido supervisor: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ DIRECCIÓN FINANCIERA (E)					
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	1012432710	CAMILA ANDREA PARRA PARRA		cra 89 a 46 45 sur etapa 11 casa 88	7849531	CAMILANDREA_0617@HOTMAIL.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88359556	TOTAL A PAGAR \$624.700

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	246.400	0		0		0	7	1.100	0	247.500	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	315.400	0	0	0	0	7	1.400	0	316.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	48.100				48.100	7	300	48.400			481	48.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	11.900	7
						100	12.000
							No. Afiliados 1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	246.400	247.500
Pensión	1	315.400	316.800
Riesgos Laborales	1	48.100	48.400
CCF	1	11.900	12.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	621.800	624.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012432710	CAMILA ANDREA PARRA PARRA		cra 89 a 46 45 sur etapa 11 casa 88	7849531	CAMILANDREA_0617@HOTMAIL.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
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88359556	10
					TOTAL A PAGAR
					\$624.700

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	MA	MA	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	1012432710	PARRA PARRA CAMILA ANDREA	59	0			N																			Z31001	1.970.861	315.400	0	0		0	0	EPS002	1.970.861	246.400	14-11	1.970.861	3	48.100	CCF24	1.970.861	11.900	0	0	0	0	0

PAGADA