

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SANCHEZ ZAMUDIO ANDREA								391679			
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52463121										
CORREO	asanchezz78@gmail.com	CELULAR	3154069656										
PROCESO:	Facturacion												
SERVICIO:	Facturacion								UNIDAD:				Suba
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		2170043927											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5045-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO								
NÚMERO DE CDP: 1	625	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 1	24678	FECHA	01/05/2025					
NÚMERO DE CDP: 2	877	FECHA	25/06/2025	NÚMERO DE CRP: 2	32711	FECHA	30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 3	1143	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	38859	FECHA	31/08/2025					
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y											
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
				01	06	2025		30	06	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:	15,308,828
VALOR EJECUTADO:	13,267,651
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:	2,041,177
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	86.67 %

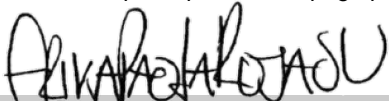
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
87316344	191,400	245,000	3	37,300	9,200	482,900
	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:



SANCHEZ ZAMUDIO ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



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 DE CONTRATACIÓN

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACION

UNIDAD:

SUBA

No. DE CONTRATO: 5045 - 2025

PERIODO CERTIFICADO

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

1

06

2025

30

06

2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO

DOCUMENTO: 52463121

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO I 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.

Presto un servicio basado en la humanización y respeto con todos los colaboradores de la subred norte y con los usuarios, desarrollar mis actividades con la mejor disposición y cumplir con las estrategias definidas por la subred como aporte para el sistema Unico de Acreditación.

3) Prestar sus servicios en las Instalaciones de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, como Tecnólogo de radicación de cuentas médicas, para que se garantice la radicación de cuentas ante los diferentes pagadores.

Desarrollo satisfactoriamente el proceso de radicación (recepcion, armado y radicación) de las relaciones de envío de los diferentes pagadores de acuerdo a la contratación vigente.

4) Realizar seguimiento a la entrega de la totalidad de las facturas susceptibles de radicación ante los diferentes pagadores.

1. A diario realizo la descarga del correo para la recepción de las facturas en PDF generadas en las diferentes unidades de la Subred Norte
2. Se genera informe de las facturas pendientes por entregar y devoluciones de cada unidad se comparte archivo por correo electrónico a los líderes de cada unidad con copia a la Jefe de facturación.
3. Conciliación mensual de facturación del pendiente por radicar con los líderes de las unidades de acuerdo a cronograma.

5) Llevar el control de las relaciones de envío (Cuentas de Cobro) generadas y las radicadas.

1. Se genera reporte con el consolidado de las relaciones de envío generadas y radicadas a cada pagador.
2. Se realiza seguimiento de manera diaria de las facturación pendiente por radicar de las unidades vs facturación generada

6) Realizar generación de informes de radicación de cuentas y lo pendiente por radicar.

1. Se genera informe de acuerdo a la facturación radicada vs la facturación pendiente por radicar.
2. Se realiza archivos de factura a factura radicadas por entidad para la agenda financiera del 01 al 15 de cada mes.
3. Se realiza archivos de factura a factura radicadas

7) Realizar trabajo en equipo con el auditor, facturador y autorizadores todo lo relacionado con la facturación y soportes para el cierre y la radicación de las facturas del área asignada bajo la Coordinación del Líder de facturación, admisiones y autorizaciones.

1. Se realiza junto con la líder de facturación el plan de trabajo para llevar a cabo satisfactoriamente el proceso de radicación.
2. Se realiza fortalecimientos de las actividades a los armadores y radicadores del Área de Radicación y Central de Acopio (Auxiliar Administrativo IV-Área de Radicación).
3. Se realiza seguimiento, control y validación de las facturas físicas y PDF que ingresen a la central de acopio a los armadores de cuentas y radicadores para que se realice su debido proceso de radicación.

8) Hacer seguimiento y reporte periódicamente a la líder del área de los RIPS pendientes por completar y aprobar por parte de los Técnicos contratistas responsables la consolidación de RIPS del área de la prestación

Se solicita oportunamente la generación de los rips de acuerdo a las relaciones de envío generadas para llevar a cabo su radicación en los tiempos establecidos según normatividad.

9) Generar las inconsistencias presentadas en RIPS de toda la Subred Norte, realizar la verificación validación y Radicación hasta que sean aprobados por Fondo Financiero Distrital de Salud, vinculados, gratuidad y entes territoriales.

Se realiza verificación de los rips generados y se solicita su corrección si se evidencia algún error.

10) Programar las rutas.

Se realiza cronograma de la ruta diaria que se llevara a cabo los días de radicación garantizando la radicación de las facturas de acuerdo a los tiempos establecidos por cada entidad.

11) Asistir a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas.

Asistir a las reuniones y capacitaciones establecidas por la entidad y/o por la líder del proceso.

12) Y las demás actividades consignadas en el contrato por OPS

Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo.

OBSERVACIONES:

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

Handwritten signature of Andrea Sanchez Zamudio

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO
CC: 52463121

Firma de recibido supervisor

Handwritten signature of Erika Paola Rojas Urrego

30/06/2025

Dra. ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

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	52463121	ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO		CALLE 154A 96 40	7812465	asanchezz78@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87316344	\$484.700	

**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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	191.400	0		0		0	5	700	0	192.100	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	245.000	0	0	0	0	5	800	0	245.800	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	37.300				37.300	5	200	37.500			373	37.500	1

**TOTALES CAJAS**

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.200	5	100	9.300	1

**TOTALES PARAFISCALES**

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	5	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	5	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	191.400	192.100
Pensión	1	245.000	245.800
Riesgos Laborales	1	37.300	37.500
CCF	1	9.200	9.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>482.900</b>	<b>484.700</b>

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52463121	ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO		CALLE 154A 96 40	7812465	asanchezz78@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87316344	\$484.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cob. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	52463121	SANCHEZ ZAMUDIO ANDREA	59	0		N																		230301	1.530.920	245.000	0	0	0	0	EPS017	1.530.920	191.400	14-11	1.530.920	3	37.300	CCF24	1.530.920	9.200	0	0	0	0	0

# PAGADA