

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		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:		STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO		401753	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1001200514		
CORREO	3118493260	CELULAR	rodriguezdayanna123@gmail		
PROCESO:	Financiera				
SERVICIO:	Financiera				
UNIDAD:	Chapinero				
CENTRO DE COSTOS	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:		6209-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	
NÚMERO DE CDP: 1	878	FECHA	26/06/2025	NÚMERO DE CRP: 1	33288
NÚMERO DE CDP: 2	1144	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 2	39971
				FECHA	31/08/2025

OBJETO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO III

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	2,208,378		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:	4,393,010
VALOR EJECUTADO:	4,393,010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,327,108
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	196
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.

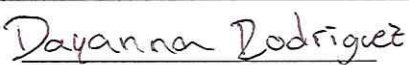
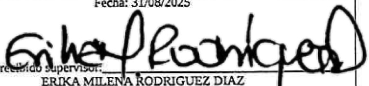
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
88962780	161,000	206,000	3	31,500	0	398,500
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

RODRIGUEZ DIAZ ERIKA MILENA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO
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		
			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: ADMISIONES / AUTORIZACIONES			UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 6209-2025		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ			1	08	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO		DOCUMENTO: 1001200514			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO III 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		
3. Verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos (Adres, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros.			Se realiza la verificación de derechos a los usuarios en los diferentes aplicativos		
4. Realizar impresión y/o captura de estos soportes, definir pagador por prestación de servicios de salud en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred.			Se realiza impresion y/o captura de soportes para definir pagador por prestacion de servicios de salud para los servicios de atencion		
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente			Se realiza la admision del paciente y se solicita autorizacion a las respectivas Entidades responsables de pago		
6. Revisar y hacer seguimiento al censo diario con el fin de establecer la cantidad de pacientes por servicio y su línea de pago.			Se verifica el censo diario a la cantidad de pacientes y servicio establecido		
7. Verificar la autorización, reporte y envió de anexo para solicitar prórrogas de hospitalización			Se verifica autorizacion, reporte de anexo para prorrogas hospitalarias		
8. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social.			Se reporta a trabajo social los pacientes que se encuentran como particulares, suspendidos o con alguna inconsistencia		
9. Notificar a las diferentes Empresas Administradoras de planes de Beneficios, las atenciones iniciales de urgencias, por vía telefónica, página Web y por correo electrónico con anexo técnico 2 y registrar la gestión realizada en los formatos establecidos por la institución.			Se notifica la atencion Inicial de urgencias a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios via telefonica, página Web y por correo electronico con anexo técnico 2		
10. Realizar seguimiento al tiempo de estancia en observación y realizar reporte a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios, pasadas las 6 horas de paciente canalizado o en observación neurológica, como inicio de la hospitalización con anexo técnico No.3			Se notifica la hospitalizacion a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios via telefonica, página Web y por correo electronico con anexo técnico 3		
11. Reportar a las diferentes Entidades Responsables de Pago las prórrogas de hospitalización con anexo técnico No.3 y registrar la gestión realizada en los formatos establecidos por la institución			Se notifica la hospitalizacion a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios via telefonica, página Web y por correo electronico con anexo técnico 3		
12. Escanear los soportes donde se evidencia la gestión realizada para la consecución de autorizaciones, guardando los soportes respectivos			Se escanea los soportes donde se evidencia gestion realizada para las autorizaciones		
13. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS			Las demas actividades consignadas en el contrato por OPS		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$ 2,327,108) DOS MILLONES TRECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO OCHO PESOS MCTE					
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 1001200514			Fecha: 31/08/2025  Firma de representante supervisor: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ DIRECTORA FINANCIERA (E)		
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.					

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	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88962780	\$398.500	

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	160.200	0		0		0	7	800	0	161.000	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230301	Porvenir	800224808-8	205.000	0	0	0	0	7	1.000	0	206.000	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	31.300				31.300	7	200	31.500			313	31.500	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	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	160.200	161.000
Pensión	1	205.000	206.000
Riesgos Laborales	1	31.300	31.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	396.500	398.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001200514	STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO		Calle 83 # 95 D 45	3860470	Rodriguezdayanna123@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
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88962780	\$398.500

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 exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIN	IOE	MA	VAC	AVP	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	1001200514	RODRIGUEZ FORERO STEFANNIE DAYANINA	59	0				N	X															230301	1.281.150	205.000	0	0	0	0	EPS017	1.281.150	160.200	14-11	1.281.150	3	31.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA