

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA								399490			
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	51561824										
CORREO	fmalbara888@yahoo.es	CELULAR	3155884060										
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		488406105558											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4962-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO								
NÚMERO DE CDP: 1	624	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 1	24625	FECHA	01/05/2025					
NÚMERO DE CDP: 2	878	FECHA	26/06/2025	NÚMERO DE CRP: 2	32954	FECHA	30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 3	1144	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	38514	FECHA	31/08/2025					
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO II DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y											
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	1,975,692		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:	7,902,768
VALOR EJECUTADO:	7,902,768
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 %

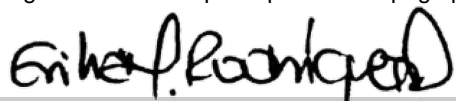
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
8388421082	178,500	0	3	34,800	0	213,300
	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:



ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA

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

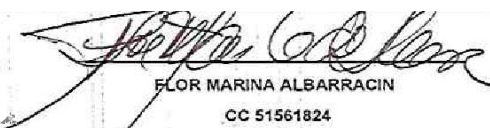
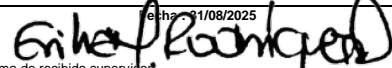
PÁGINA : 1 DE 1

FECHA: 07/11/2024

<b>ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACIÓN</b>				<b>UNIDAD:</b>			<b>SUBA</b>					
<b>No. DE CONTRATO: 4962-2025</b>				<b>PERIODO CERTIFICADO</b>			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ</b>							1	08	2025	31	08	2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA</b>				<b>DOCUMENTO: 51561824</b>								
<b>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.</b>												
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>												

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 (Fosyga, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros).	verificación de estado de afiliación de los usuarios en bases de datos de la secretaria de salud
4. Realizar el ingreso 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.	Ingreso de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos, verificación y registro de la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago
5. Registrar diariamente en el sistema de información los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informando oportunamente las inconsistencias encontradas.	Registro diario en el sistema de información de los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informe oportuno de las inconsistencias encontradas.
6. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé de alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados.	Generación de la factura con todos los cargos de los servicios prestados al paciente, al momento de su egreso
8. Generar corte de cuenta y cerrar la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta.	Corte de cuenta y cierre de la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta.
7. Generar los cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador,	Cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador.
9. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización,	Notificación de los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización,
10. Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.	Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.
11. 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	Recaudo 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
12. Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000.	Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000
13. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal.	Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal
14. 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 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".
15. Reportar al Técnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal	Reporte de las facturas objeto de anulación con la respectiva causal
16. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera.	Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera
17. Y las demás actividades consignadas en el contrato por OPS.	Demás actividades consignadas en el contrato por OPS

**OBSERVACIONES:**  
**TOTAL A PAGAR (\$1.975.692): UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEICIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE**

 <b>FLOR MARINA ALBARRACIN</b> CC 51561824	 Fecha: 11/08/2025 Firma de recibido supervisor. <b>ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ</b> DIRECTORA FINANCIERA (E)
---	---

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA  
**No. Identificación:** CC51561824  
**Dirección:** CLL94#156-58IN4AP201PINARDESUBA  
**Telefono:** 8069464  
**Correo:** florm838@yahoo.es  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8388421082

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

<b>Nombre Aportante</b>	FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA	<b>Número de Empleados</b>	1
<b>Tipo y número de identificación</b>	CC51561824	<b>Periodo de Cotización Salud</b>	julio de 2025
<b>Número de planilla</b>	8388421082	<b>Periodo de Cotización Pensión</b>	julio de 2025
<b>Fecha pago</b>	2025-08-12	<b>Número de Administradoras</b>	2
<b>Número de autorización pago</b>	1000000104	<b>Total Pagado</b>	213300
<b>Banco</b>	1001	<b>Total Intereses de Mora</b>	600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34800	1
EPS005	Sanitas EPS	178500	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 51561824  
 APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005		1423500	0	1423500	0	178000	0	0	0	34700	0