

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1023862731		
CORREO ELECTRONICO:	caritoperalt19@gmail.com			CELULAR:	6019302797		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS 11 PUENTE ARANDA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU40R25	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		9270314678			PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO		3318		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2273	FECHA	2025-11-19 09:16:54.000	NÚMERO DE CRP	54326	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional Especializado I						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL
			2025-12-01				2025-12-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,063,136			
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$51,812,785
VALOR EJECUTADO	\$5,063,136
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$5,063,136
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$46,749,649
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	10%

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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
92191587	\$2,025,254	\$253,157	\$324,041	3	\$49,335	\$626,533

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Elaborar informe de recepción de glosas y devoluciones detallado por tercero, régimen, factura, motivo, entre otros.	elaboración del Informe de recepción de glosas y devoluciones detallado	Informe de recepción de glosas y devoluciones detallado
2. Elaborar informe de tramites de glosas y devoluciones detallado	Elaborar el Informe de tramites de glosas y devoluciones detallado	Informe de tramites de glosas y devoluciones detallado
3. Elaborar informe de glosas y devoluciones pendientes por contestar detallado	Elaboración de Informe de glosas y devoluciones pendientes por contestar detallado	Informe de glosas y devoluciones pendientes por contestar detallado
4. Realizar la conciliación de glosas pendientes por contestar	Conciliación de glosas pendientes por contestar	Conciliación de glosas pendientes por contestar
5. Realizar la conciliación de glosas definitivas vigencia actual	Conciliación de glosas definitivas vigencia actual	Conciliación de glosas definitivas vigencia actual
6. Realizar la conciliación de glosas definitivas vigencia anterior.	Conciliación de glosas definitivas vigencia anterior.	Conciliación de glosas definitivas vigencia anterior.
7. Realizar la consolidado de glosas y devoluciones recepcionadas y tramitadas	Elaborar el consolidado de glosas y devoluciones recepcionadas y tramitadas	Consolidado de glosas y devoluciones recepcionadas y tramitadas
8. Generar las respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones y pasar para aprobación de la líder de área.	Respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones	Respuestas a requerimientos de entes de control referentes a glosas y devoluciones
9. Realizar seguimiento y dar avance a los planes de mejoramiento generados por conceptos de glosas o devoluciones.	Seguimiento a planes de mejoramiento	Seguimiento a planes de mejoramiento
10. Realizar y presentar el informe SIVICOF de glosas definitivas.	N/A	N/A
11. Cargar y presentar la información en SIHO – Decreto 2193 de glosas por contestar y definitivas.	N/A	N/A
12. Realizar el análisis mensual del comportamiento de las glosas y devoluciones.	Análisis mensual del comportamiento de las glosas y devoluciones.	Análisis mensual del comportamiento de las glosas y devoluciones.
13. Socializar junto con las auditoras médicas los motivos de objeción a las diferentes áreas.	Actas de socialización de glosas	Actas de socialización de glosas
14. Realizar y entregar para aprobación, las presentaciones para comités, juntas y demás reuniones en donde se requiera la socialización del estado de las glosas y devoluciones.	Elaborar y verificar las presentaciones de socialización del área	Elaborar y verificar las presentaciones de socialización del área
15. Apoyo a la líder de área en el seguimiento, organización y control del grupo de cuentas médicas.	seguimiento, organización y control del grupo de cuentas médicas.	seguimiento, organización y control del grupo de cuentas médicas.
16. Apoyo a la líder de área en la coordinación y cumplimiento de actividades del grupo de cuentas médicas e informar de manera oportuna a la líder del área las novedades que se presenten.	Apoyo en la coordinación y cumplimiento de actividades del grupo de cuentas médicas e informar de manera oportuna a la líder del área las novedades que se presenten.	Informes de seguimiento a recepción y respues de objeciones diario, correos electrónicos, informes de seguimiento.
17. Reportar de forma oportuna a la líder de área las diferentes situaciones que se presenten al interior del grupo y en la realización de las actividades, con el fin de generar alertas tempranas y facilitar la toma de decisiones.	reporte de situaciones que se presenten al interior del grupo y en la realización de las actividades, con el fin de generar alertas tempranas y facilitar la toma de decisiones.	Informes de seguimiento a recepción y respues de objeciones diario, correos electrónicos, informes de seguimiento.
18. Demás actividades asociadas al proceso de cartera y cuentas médicas que la líder del área indique.	Actividades indicadas por la líder del proceso.	Informes de seguimiento a recepción y respues de objeciones diario, correos electrónicos, informes de seguimiento.

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ

C.C 1.023.862.731 DE BOGOTÁ

La suma de cinco millones sesenta y tres mil ciento treinta y seis pesos m/cte. (\$5.063.136), por concepto de: Prestar servicios como profesional Especializado I a la gestión administrativa y/o asistencial en el Área de Financiera dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 31 de diciembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3318-2025.



JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ

C.C. 1.023.862.731 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0092 7031 4678

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	02_2025	24/02/2025 9:32:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	1.181.398 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	03_2025	1/03/2025 9:34:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	04_2025	1/04/2025 9:40:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.163 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	05-2025	1/05/2025 4:43:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.163 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	06_2025	1/06/2025 11:21:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 006	07-2025	1/07/2025 11:11:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 007	08-2025	1/08/2025 6:59:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 008	09-2025	1/09/2025 8:16:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 009	10-2025	1/10/2025 8:44:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 010	11-2025	1/11/2025 7:47:00 AM ((UTC-05:00) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Pago 008	09-2025	1/09/2025 8:16:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 009	10-2025	1/10/2025 8:44:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 010	11-2025	1/11/2025 7:47:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.063.136 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	3318_FEBRERO 2025.pdf	3318_FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_MARZO 2025.pdf	3318_MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_ABRIL 2025.pdf	3318_ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_MAYO 2025.pdf	3318_MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_JUNIO 2025.pdf	3318_JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_JULIO_2025.pdf	3318_JULIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_AGOSTO 2025.pdf	3318_AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_SEPTIEMBRE 2025.pdf.pdf	3318_SEPTIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318 - OCTUBRE 2025.pdf	3318 - OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3318_NOVIEMBRE_2025.pdf	3318_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ		KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92191587	\$626.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	253.200	0		0		0	0	0	0	253.200	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	324.100	0	0	0	0	0	0	0	324.100	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	49.400				49.400	0	0	49.400			494	49.400	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	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	1	253.200	253.200
Pensión	1	324.100	324.100
Riesgos Laborales	1	49.400	49.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	626.700	626.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ		KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92191587	\$626.700		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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	1023862731	PERALTA HERNANDEZ JENNY CAROLINA	59	0			N																	230301	2.025.300	324.100	0	0	0	0	EPS008	2.025.300	253.200	14-11	2.025.300	3	49.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA