

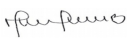
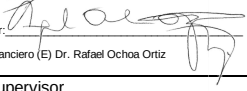
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05								
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5								
											PÁGINA: 1 DE 1								
FECHA: 16/02/2018																			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		WILCHES DIAZ EDWIN										406303							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		79215072											
CORREO		edwinwilchesangie@gmail.				CELULAR		314227749											
PROCESO:		Facturacion																	
SERVICIO:		Facturacion				UNIDAD:				Simon Bolivar									
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		009470442741																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5927-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		550		FECHA		31/03/2025		NÚMERO DE CRP: 1		29332		FECHA		01/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 2		878		FECHA		26/06/2025		NÚMERO DE CRP: 2		33117		FECHA		30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 3		1144		FECHA		22/08/2025		NÚMERO DE CRP: 3		39395		FECHA		31/08/2025					
NÚMERO DE CDP: 4		1321		FECHA		19/09/2025		NÚMERO DE CRP: 4		46988		FECHA		29/09/2025					
OBJETO:		TECNICO ADMINISTRATIVO II																	
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		09		2025				30		09		2025	
TIPO SERVICIOS		Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		2,769,286				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:										11,077,144									
VALOR EJECUTADO:										11,077,144									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:										2,769,286									
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							
89088149		178,000		227,800		3		34,700		28,500		469,000							
		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,

OCHOA ORTIZ RAFAEL GUILLERMO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

WILCHES DIAZ EDWIN
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:			UNIDAD:					
No. DE CONTRATO: CPS-5927-2025		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Dr. Rafael Ochoa Ortiz			1	09	2025	30	08	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN WILCHES DIAZ		DOCUMENTO: 79215072						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Administrativo en el área de Cartera y Glosas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E								
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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.		Realizar constante depuración, gestión de cobro, respuesta de glosas y devoluciones para mantener unas CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. que permitan contribuir al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la Subred.						
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.		Cumplir con el registro en los Sistemas de información establecidos por la Subred, a fin de poder contar con un sistema financiero (cartera) que permitan la generación de estados financieros						
3. Recepcionar la glosa generada de la prestacion del servicio de salud a los diferentes pagadores		Se recepcionó la glosa generada de la prestación del servicio de salud a los diferentes pagadores.						
4. Ingresar las glosas y devoluciones al sitema de informacion		Se ingresaron las glosas y devoluciones al sistema de información						
5. Responder la glosa y devoluciones en los terminos que determina la ley		Se asistió con soportes y demás necesidades al auditor médico en conciliación						
6. Asistir con soportes y demas necesidades al auditor medico en conciliacion		Se realizaron los informes necesarios para el reporte de glosas y aceptaciones						
7. Realizar los informes necesarios para el reporte de glosas y aceptaciones								
OBSERVACIONES:								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS CON SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONÉSIMOS PESOS M/CTE (\$2.769.286)								
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 79215072		Fecha : 30/09/2025 Firma de recibido supervisor:  Director Financiero (E) Dr. Rafael Ochoa Ortiz						
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 (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	09/09/2025	89088149	\$469.000	

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	178.000	0		0		0	0	0		178.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79215072	EDWIN WILCHES DIAZ		Carrera 18 A - 2 -21	3143227749	edwinwilchesangie@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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
2025-08	2025-08	I	09/09/2025	89088149	10
					TOTAL A PAGAR
					\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	79215072	WILCHES DIAZ EDWIN	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA