

|                                                                                 |                                                                                 |                |                       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                   |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                | VERSIÓN: 5            |                   |
|                                                                                 |                                                                                 | PÁGINA: 1 DE 1 |                       | FECHA: 16/02/2018 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA |  |                                |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
|-----------------------------|--|--------------------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:     |  | BADILLO SERRANO SANDRA ISMENIA |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   | 399463          |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:          |  | Cedula                         |   |                 |   | No.             |   |                 |   | 1101684572      |   |                 |   |
| CORREO                      |  | san1987@hotmail.com            |   |                 |   | CELULAR         |   |                 |   | 3155759730      |   |                 |   |
| PROCESO:                    |  | Financiera                     |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:                   |  | Financiera                     |   |                 |   | UNIDAD:         |   |                 |   | Chapinero       |   |                 |   |
| 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      |  | 47900080335                    |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |  |                        |  |                |  |            |  |                          |  |             |  |       |  |            |  |           |  |             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|----------------|--|------------|--|--------------------------|--|-------------|--|-------|--|------------|--|-----------|--|-------------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |  | 5219-2025      |  |            |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |             |  |       |  |            |  |           |  |             |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |  | 625                    |  | FECHA          |  | 24/04/2025 |  | NÚMERO DE CRP: 1         |  | 25269       |  | FECHA |  | 05/05/2025 |  |           |  |             |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             |  | 877                    |  | FECHA          |  | 25/06/2025 |  | NÚMERO DE CRP: 2         |  | 32739       |  | FECHA |  | 30/06/2025 |  |           |  |             |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             |  | 1143                   |  | FECHA          |  | 22/08/2025 |  | NÚMERO DE CRP: 3         |  | 42070       |  | FECHA |  | 31/08/2025 |  |           |  |             |  |
| OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y                                                                                                                                                              |  |                        |  |                |  |            |  |                          |  |             |  |       |  |            |  |           |  |             |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  | DESDE          |  | DIA<br>01  |  | MES<br>08                |  | AÑO<br>2025 |  | HASTA |  | DIA<br>31  |  | MES<br>08 |  | AÑO<br>2025 |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        |  | Administrativo |  |            |  | RESERVA DE GLOSA 2%      |  |             |  | 0     |  |            |  |           |  |             |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 4,174,323 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: | 16,697,292 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 16,697,292 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 4,174,323  |
| 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 |
| 34126133                                                                                                                                                                                                                                     | 208,800   | 267,200   | 3    | 40,700    | 0          | 516,700        |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 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,

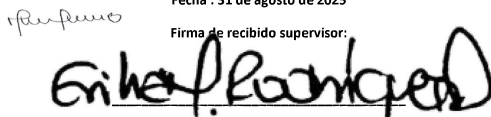


RODRIGUEZ DÍAZ ERIKA MILENA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



BADILLO SERRANO SANDRA ISMENIA  
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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |            |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VERSIÓN: 4         |            |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PÁGINA : 1 DE 1    |            |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FECHA: 07/11/2024  |            |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: Cartera Y Cuentas Medicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |                        |     | UNIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    | UMHES SUBA |     |      |
| No. DE CONTRATO: 5219-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  | PERIODO<br>CERTIFICADO | Día | Mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Año                | Día        | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |                        | 1   | 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2025               | 31         | 8   | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: SANDRA ISMENIA BADILLO SERRANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  | DOCUMENTO: 1101684572  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL 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                                                                                                                            |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |
| 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.                                             |                                                                            |  |                        |     | Se contribuyó 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.                                                |                    |            |     |      |
| 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. |                                                                            |  |                        |     | Se desarrollaron 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. |                    |            |     |      |
| 3. Apoyar la elaboración de informes y diligenciamiento en plataformas Decreto 2193 SIHO- SivicoF - circular 030 - Cartera por edades – Informe de glosas y demás que requieran los difentes usuarios del sistema tanto internos como externos                                                                                                                                                         |                                                                            |  |                        |     | Se apoyó la elaboración de los informes: agenda estratégica, cartera por edades, seguimiento a planes de mejoramiento, decreto 2193, circular 030 y los demás requeridos por los diferentes usuarios tanto internos como externos.                                                                                                                                                                        |                    |            |     |      |
| 4. Identificar los pagos para legalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |                        |     | Se identificaron los pagos para legalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |            |     |      |
| 5. Legalizar los ingresos ante tesorería.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |                        |     | Se legalizaron los ingresos ante tesorería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |            |     |      |
| 6. Cruzar y conciliar la información entre cartera y contabilidad, cartera y tesorería, cartera y facturación, cartera y presupuesto.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |                        |     | Se concilio la información con las diferentes áreas (Contabilidad, tesorería, Talento Humano y facturación)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |            |     |      |
| 7. Recepcionar la radicación de todas las cuentas generadas por la facturación por prestación de servicios de la red, entregados por el área de facturación.                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |                        |     | Se verificó la radicación realizada a la persona encargada de la recepción de la radicación por parte de facturación.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |            |     |      |
| 8. Verificar la información emitida por módulo de cartera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |                        |     | Se verificó la información emitida por el módulo de cartera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |            |     |      |
| 9. Otras actividades propias del proceso de cartera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |                        |     | Se realizaron otras actividades propias del proceso de cartera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): CUATRO MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE (\$4,174,323)                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |
| <br><br>SANDRA ISMENIA BADILLO SERRANO<br>CC: 1,101,684,572                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |                        |     | <p>Fecha : 31 de agosto de 2025</p>  <p>Firma de recibido supervisor:</p> <p>Firma de recibido supervisor: ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ</p> <p>DIRECTORA FINANCIERA ( E )</p>                                                                                                                                          |                    |            |     |      |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |            |     |      |



|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | SANDRA ISMENIA BADILLO SERRANO |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-1101684572                  |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                              |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                              |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2025-08-17                     |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2025-08-20                     |
| FECHA DE PAGO:               | 2025-08-12                     |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DAVIVIENDA               |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2025-07                        |
| PERÍODO SALUD:               | 2025-07                        |
| NÚMERO PLANILLA:             | 34126133                       |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                              |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 34126133                       |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                              |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE            | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS037         | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1                | \$ 1.670.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 208.800                | \$ 208.800  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR          | 1                | \$ 1.670.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 267.200                | \$ 267.200  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA          | 1                | \$ 1.670.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 40.700                 | \$ 40.700   |
| Total a pagar  |           |                   |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 516.700                | \$ 516.700  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 16/09/2025 |
|----------------------------------|------------|