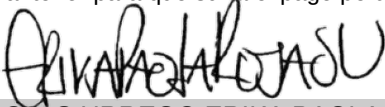


|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                           |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|-----------------|------------|--------------------------|-----|------------------|-------|-----------------|-----------------------|-----------------|------|------------|--|
|                                                                                                                                                                               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | ORTIZ GOMEZ KAREN JOHANA  |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       | 428941          |      |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                    |      |                 |            | No.                      |     | 53132054         |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | karen_ortiz17@hotmail.com |      |                 |            | CELULAR                  |     | 3202417128       |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | Cartera y Glosas          |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | Cartera y Glosas          |      |                 |            | 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                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | 1                         |      |                 |            | TIPO CUENTA              |     |                  |       | AHORROS         |                       |                 |      |            |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 28496925                  |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                           |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 0219-2026                 |      |                 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 163                       |      | FECHA           |            | 22/01/2026               |     | NÚMERO DE CRP: 1 |       | 12097           |                       | FECHA           |      | 01/02/2026 |  |
| OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN                                                                                                                                                            |                                                                                 |                           |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                           |      | DESDE           |            | DIA                      | MES | AÑO              | HASTA |                 | DIA                   | MES             | AÑO  |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                           |      |                 |            | 01                       | 02  | 2026             |       |                 | 28                    | 02              | 2026 |            |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | Administrativo            |      |                 |            | RESERVA DE GLOSA 2%      |     |                  |       | 0               |                       |                 |      |            |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | 3,904,000                 |      |                 |            | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                           |      |                 |            | 15,616,000               |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                           |      |                 |            | 3,904,000                |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                           |      |                 |            | 3,904,000                |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                           |      |                 |            | 0                        |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                           |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                           |      |                 |            | 0                        |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                           |      |                 |            | 11,712,000               |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                           |      |                 |            | 25.00 %                  |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| 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           |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
| 8350757378                                                                                                                                                                                                                                                   | 250,200                                                                         | 320,300                   | 3    | 48,900          | 12,100     | 631,500                  |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 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.                                                                                                                 |                                                                                 |                           |      |                 |            |                          |     |                  |       |                 |                       |                 |      |            |  |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

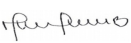


ROJAS URREGO ERIKA PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



ORTIZ GOMEZ KAREN JOHANA  
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.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  | PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: CARTERA Y GLOSAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                | UNIDAD: |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 0219 DE 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  | PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Día | Mes                                                                                                                                                            | Año     | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1   | 02                                                                                                                                                             | 2026    | 28  | 02  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  | DOCUMENTO: 53,132,054                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ADMINISTRATIVO I en la DIRECCIÓN FINANCIERA 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, Auditoría 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. Responder la glosa y devoluciones en los términos que determina la ley                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  | Se respondió la glosa en los términos que determina la ley.<br>Se realiza gestión de respuesta a las devoluciones y glosas de las diferentes unidades de la subred norte presentadas por las siguientes: Nueva Eps, Sanitas.                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| 4. Realizar los informes necesarios para el reporte de glosas y aceptaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  | Se realizaron los informes de la gestión de glosas y devoluciones de las entidades, Sanitas                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| 5. Aplicar pagos en el sistema de información generados del recaudo de los diferentes pagadores factura a factura.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  | Se descargan los pagos realizados para realizar cruce y aplicación de estos, Aplicación de pagos de las empresas según asignación, Nueva EPS, Coosalud, Sanitas, Fondo PPL Cajacopi                                                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| 6. Realizar los informes necesarios sobre la gestión de cartera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  | Se entrega proyección de recaudo para el mes de febrero de 2026.<br>Se envía informe de Vigencias febrero 2026 se entrega informe de junta directiva al enlace asignado<br>Se entrega gestión actividades realizadas en enero de 2026 en drive.                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| 7. Hacer el seguimiento de la trazabilidad de las facturas que conforman la cartera de cada pagador asignado.<br>Otras actividades inherentes al cargo.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  | Se realiza seguimiento de cartera de las entidades a cargo, de cartera de las Entidades Eps SANITAS, nueva eps, Coosalud, Cajacopi<br>Se realiza envíos de facturas a Fondo PPL y se realiza envío de compromisos a entidades según lo establecidos en mesas de circular 030.<br>Asistencia a mesas de superintendencia con Coosalud, Nueva Eps, Cajacopi |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| 8. Ejecutar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  | Participar en actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la subred.                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| TOTAL, A PAGAR: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$ 3.904.000)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                |         |     |     |      |
| <br><u>Karen J. Ortiz Gómez</u><br>KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ<br>CC. 53.132.054                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     | Fecha: 28/02/2026<br><br>Erika Paola Rojas Urrego<br>Directora Financiera |         |     |     |      |
| 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):** KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ  
**No. Identificación:** CC53132054  
**Dirección:** CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107  
**Telefono:** 5648524  
**Correo:** karen\_ortiz17@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8350757378

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |                               |               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Aportante                | KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ | Número de Empleados           | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC53132054                | Periodo de Cotización Salud   | enero de 2026 |
| Número de planilla              | 8350757378                | Periodo de Cotización Pensión | enero de 2026 |
| Fecha pago                      | 2026-02-13                | Número de Administradoras     | 4             |
| Número de autorización pago     | 69437005                  | Total Pagado                  | 631500        |
| Banco                           | 1023                      | Total Intereses de Mora       | 700           |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                  | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                                | 48900        | 1                   |
| 230901                | Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias | 320300       | 1                   |
| CCF24                 | Compensar Caja de Compensacion Fliar    | 12100        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                             | 250200       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 53132054  
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ

| 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   | 230901   | 2000000   | 2000000     | 2000000     | 2000000   | 250000           | 0         | 320000             | 0                                | 48800              | 12000        |

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

**Señor(a):** KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ  
**No. Identificación:** CC53132054  
**Dirección:** CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107  
**Telefono:** 5648524  
**Correo:** karen\_ortiz17@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8350757378

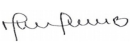
CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |                               |               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Aportante                | KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ | Número de Empleados           | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC53132054                | Periodo de Cotización Salud   | enero de 2026 |
| Número de planilla              | 8350757378                | Periodo de Cotización Pensión | enero de 2026 |
| Fecha pago                      | 2026-02-13                | Número de Administradoras     | 4             |
| Número de autorización pago     | 69437005                  | Total Pagado                  | 631500        |
| Banco                           | 1023                      | Total Intereses de Mora       | 700           |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                  | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                                | 48900        | 1                   |
| 230901                | Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias | 320300       | 1                   |
| CCF24                 | Compensar Caja de Compensacion Fliar    | 12100        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                             | 250200       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 53132054  
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ

| 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   | 230901   | 2000000   | 2000000     | 2000000     | 2000000   | 250000           | 0         | 320000             | 0                                | 48800              | 12000        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |         |     |     |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|-----|-----|------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |                       | PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |         |     |     |      |  |
| ÁREA Y/O SERVICIO: CARTERA Y GLOSAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     | UNIDAD: |     |     |      |  |
| No. DE CONTRATO: 0219 DE 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            | PERIODO CERTIFICADO   | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Mes | Año     | Día | Mes | Año  |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 02  | 2026    | 28  | 02  | 2026 |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            | DOCUMENTO: 53,132,054 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |         |     |     |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ADMINISTRATIVO I en la DIRECCIÓN FINANCIERA 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, Auditoría 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. Responder la glosa y devoluciones en los términos que determina la ley                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |                       | Se respondió la glosa en los términos que determina la ley.<br>Se realiza gestión de respuesta a las devoluciones y glosas de las diferentes unidades de la subred norte presentadas por las siguientes: Nueva Eps, Sanitas.                                                                                                                              |     |         |     |     |      |  |
| 4. Realizar los informes necesarios para el reporte de glosas y aceptaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                       | Se realizaron los informes de la gestión de glosas y devoluciones de las entidades, Sanitas                                                                                                                                                                                                                                                               |     |         |     |     |      |  |
| 5. Aplicar pagos en el sistema de información generados del recaudo de los diferentes pagadores factura a factura.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |                       | Se descargan los pagos realizados para realizar cruce y aplicación de estos, Aplicación de pagos de las empresas según asignación, Nueva EPS, Coosalud, Sanitas, Fondo PPL Cajacopi                                                                                                                                                                       |     |         |     |     |      |  |
| 6. Realizar los informes necesarios sobre la gestión de cartera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                       | Se entrega proyección de recaudo para el mes de febrero de 2026.<br>Se envía informe de Vigencias febrero 2026 se entrega informe de junta directiva al enlace asignado<br>Se entrega gestión actividades realizadas en enero de 2026 en drive.                                                                                                           |     |         |     |     |      |  |
| 7. Hacer el seguimiento de la trazabilidad de las facturas que conforman la cartera de cada pagador asignado.<br>Otras actividades inherentes al cargo.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |                       | Se realiza seguimiento de cartera de las entidades a cargo, de cartera de las Entidades Eps SANITAS, nueva eps, Coosalud, Cajacopi<br>Se realiza envíos de facturas a Fondo PPL y se realiza envío de compromisos a entidades según lo establecidos en mesas de circular 030.<br>Asistencia a mesas de superintendencia con Coosalud, Nueva Eps, Cajacopi |     |         |     |     |      |  |
| 8. Ejecutar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |                       | Participar en actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la subred.                                                                                                                                                                                                                                                  |     |         |     |     |      |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |         |     |     |      |  |
| TOTAL, A PAGAR: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$ 3.904.000)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |         |     |     |      |  |
| <br><u>Karen J. Ortiz Gómez</u><br>KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ<br>CC. 53.132.054                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                       | <br>Erika Paola Rojas Urrego<br>Directora Financiera                                                                                                                                                                                                                 |     |         |     |     |      |  |
| 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):** KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ  
**No. Identificación:** CC53132054  
**Dirección:** CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107  
**Telefono:** 5648524  
**Correo:** karen\_ortiz17@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8350757378

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |                               |               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Aportante                | KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ | Número de Empleados           | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC53132054                | Periodo de Cotización Salud   | enero de 2026 |
| Número de planilla              | 8350757378                | Periodo de Cotización Pensión | enero de 2026 |
| Fecha pago                      | 2026-02-13                | Número de Administradoras     | 4             |
| Número de autorización pago     | 69437005                  | Total Pagado                  | 631500        |
| Banco                           | 1023                      | Total Intereses de Mora       | 700           |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                  | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                                | 48900        | 1                   |
| 230901                | Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias | 320300       | 1                   |
| CCF24                 | Compensar Caja de Compensacion Fliar    | 12100        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                             | 250200       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 53132054  
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ

| 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   | 230901   | 2000000   | 2000000     | 2000000     | 2000000   | 250000           | 0         | 320000             | 0                                | 48800              | 12000        |

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

**Señor(a):** KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ  
**No. Identificación:** CC53132054  
**Dirección:** CLL 151 109A 83 T 6 APTO 1107  
**Telefono:** 5648524  
**Correo:** karen\_ortiz17@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8350757378

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |                               |               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Aportante                | KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ | Número de Empleados           | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC53132054                | Periodo de Cotización Salud   | enero de 2026 |
| Número de planilla              | 8350757378                | Periodo de Cotización Pensión | enero de 2026 |
| Fecha pago                      | 2026-02-13                | Número de Administradoras     | 4             |
| Número de autorización pago     | 69437005                  | Total Pagado                  | 631500        |
| Banco                           | 1023                      | Total Intereses de Mora       | 700           |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                  | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                                | 48900        | 1                   |
| 230901                | Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias | 320300       | 1                   |
| CCF24                 | Compensar Caja de Compensacion Fliar    | 12100        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                             | 250200       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 53132054  
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN JOHANNA ORTIZ GOMEZ

| 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   | 230901   | 2000000   | 2000000     | 2000000     | 2000000   | 250000           | 0         | 320000             | 0                                | 48800              | 12000        |