

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE								428938		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1030614162									
CORREO	katermuxoz@misena.edu.co	CELULAR	3142238098									
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	12				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		450670030326										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0218-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	163	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	12096	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
49137401	218,900	280,200	3	42,700	35,100	576,900
	0	0		0	0	

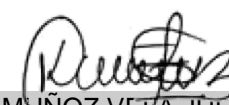
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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



ROJAS URREGO ERIKA PAOLA


NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE



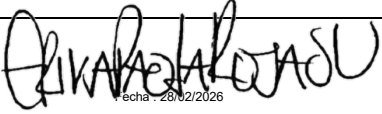
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
		PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: CARTERA Y GLOSAS				UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 0218-2026	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO		1	02	2026	28	2	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	DOCUMENTO:1030614162						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como profesional de cartera y glosas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Realizar constante depuración , gestión de cobro 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.Realizar la gestión de recaudo ante el pagador de acuerdo a la trazabilidad de la factura hasta que esta quede subsanada para la Subred Norte	1.CAPITAL SALUD: *Envío acta firmada de reunión contrato PYD *Revisión archivo notificación de glosas para conciliar *Solicitud y envío actas administrativas conciliación de glosas *Asistencia supervisión de contrato PGP *Revisión correos correo descuentos anticipos *Se realiza informe revisoria aplicación de pagos *Rta a solicitud emisión de nota crédito Noviembre 2025 *Revisión base para proceso liquidación contrato evento 2019 *Informe de cartera corte diciembre 2025 *Asistencia a reunión presencial revisión de cartera diciembre 2025 2.SOS: *Oficio solicitud prioridad de giro y acuerdo de pago recursos reconocidos *Rta a rta de cobro persuasivo cartera diciembre 2025 *Asistencia conciliación de cartera corte dic 2025 *Solicitud envío de cartera 3.ALIANZA MEDELLIN: *Oficio solicitud prioridad de giro y acuerdo de pago recursos reconocidos *Envío de facturas devueltas a cuentas medicas para revisión *Rta a Rta de solicitud de giro a la Subred *Reporte de factura devuelta 4.EMSSANAR: *Envío de cartera en formato solicitado a la EPS. *Solicitud cita para revisión de pago a la Subred *Oficio solicitud prioridad de giro y acuerdo de pago recursos reconocidos *Reporte de prácticas indebidas a la Secretaría de Salud *Oficio Derecho de petición solicitud soportes de pago
	5.ASMET SALUD: *Oficio solicitud prioridad de giro y acuerdo de pago recursos reconocidos *Rta a rta cruce de cartera *Rta a rta de oficio de inclusión crédito findeter *Correo de facturas reportadas como no radicadas *Envío facturas devueltas para inicio de proceso *Solicitud a la EPS meesta de trabajo facturas devueltas *Solicitud actas para aplicación de glosas aceptadas *Reporte de prácticas indebidas a la Secretaría de Salud 6.ALIANSALUD: *Rta a ra de cobro cobro persuasivo corte septiembre

	<p>*Rta a rta de oficio solicitud inclusion credito findeter *Rta a rta cobro persuasivo corte a diciembre 2025 *Envio glosas para proceso de conciliacion por auditora 7.DISPENSARIO SUR OCCIDENTE: *Rta a rta a cruce de cartera corte dic 2025 *Rta a solicitud paz y salvo 8.REGIONAL 1: *Rta a rta cobro persuasivo cartea diciembre 2025</p>
4. Aplicar pagos en el sistema de información generados del recaudo de los diferentes pagadores factura a factura.	<p>1. Se solicitan soportes de pago mediante correo electronico, llamadas telefonicas; Se consolidan pagos efectuados por las entidades: Aliansalud, Capital, SOS, Asmet Salud y Alianza Medellin 2. Se aplican pagos en el sistema de informacion de la Subred.</p>
5. Efectuar cruces contables con las diferentes empresas a su cargo garantizando la depuración de cartera.	*Se asiste a cita de cruce de cartera con la entidad Asmet Salud
6. Llevar a cabo el analisis de la cartera libre para pago y concretar el desembolso de los valores acordados.	Se revisan cruce realizados con las entidad Aliansalud, Dispensario Sur Occidente
7. Proyectar mensualmente el recaudo efectivo de cada empresa a cargo.	*Se entrega proyeccion de recaudo para el mes de Marzo 2026
8. Hacer el seguimiento de la trazabilidad de las facturas que conforman la cartera de cada pagador asignado.	<p>*Se revisan los cruces de cartera de las diferentes EPS *Se realiza informe de vigencias de pagos recibidos *Se realiza diligenciamiento de Matriz de circular 030</p>
9	
10	
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$3.904.000) TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE	
  JULIETH KATERINE MURGOS VIERA CC:1.030.614.162	 Fecha: 28/02/2026 Firma de recibido supervisor: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO DIRECTORA FINANCIERA
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	NIT:	1030614162
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	enero 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	enero 2026
Número de Radicación:	49137401	Total a pagar:	\$576,900
Fecha de vencimiento:	13/02/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	09/02/2026	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	49157579
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$42,700
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$280,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$35,100
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$218,900
						\$576,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	09/02/2026	49137401	\$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@gmail.com
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	09/02/2026	49137401	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030614162	MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE	59	0			N																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	3	42.700	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA