


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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | VANEGAS DAZA MARIA DE LA CRUZ | | | | | | 427417 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 52418045 | | | | | | | | | |
| CORREO | mvanegas1@hotmail.com | CELULAR | null | | | | | | | | | |
| PROCESO: | Facturacion | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | Facturacion | | | | | | 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 | | 9770111962 | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----------|------------|--------------------------|------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | 0382-2026 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NUMERO DE CDP: 1 | 165 | FECHA | 22/01/2026 | NUMERO DE CRP: 1 | 9936 | 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 | 2,337,276 | | 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: | 9,349,104 |
| VALOR EJECUTADO: | 2,488,068 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,488,068 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 198 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 6,861,036 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 26.61 % |

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 |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 82742992 | 218,900 | 280,200 | 3 | 42,700 | 0 | 541,800 |
| | 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.

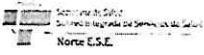
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Maria Vanegas

ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VANEGAS DAZA MARIA DE LA CRUZ
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 | VERSION: 4 |
| | | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 07/11/2024 |

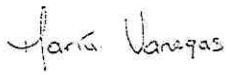

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---|------|----------------------|------------|------------|
| AREA Y/O SERVICIO: FACTURACION | | UNIDAD: | | | SIMON BOLIVAR | | |
| No. DE CONTRATO: 0382-2026 | | Periodo certificado | | | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO | | 01 | 2 | 2026 | 28 | 2 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA : MARIA DE LA CRUZ VANEGAS DAZA | | DOCUMENTO: 52418045 | | | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

| ACTIVIDADES CONTRATADAS | 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. | Desarrollar las actividades del contrato como facturador de consulta externa, aportando lo mejor de mí y aportando para el mejoramiento continuo de la institución. |
| 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. | Brindar trato humanizado e información oportuna y clara a los usuarios de la subred norte |
| 3. Verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos (Fosya, comprobador de derechos de la SOS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros. | previa verificación de derechos en las diferentes bases de datos para la generación de las facturas. |
| 4. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente | Realizar el ingreso de los pacientes al sistema de información y registro de los datos requeridos, con previa verificación de derechos en las diferentes bases de datos y autorizaciones físicas y a su vez registro de autorización en la factura |
| 5. Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred. | Asignación de citas médicas prioritarias en agendamiento de cada mes. |
| 6. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social, según formato. | Se informa al área correspondiente las inconsistencias encontradas de los pacientes particulares, suspendidos, o sin seguridad social para definir la línea de pago. |
| 7. Verificar la correcta admisión del paciente Solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario. | Realizar el ingreso de los pacientes al sistema de información y registro de los datos requeridos, con previa verificación de derechos en las diferentes bases de datos y realizar los cambios de pagador en el caso de división de cuenta entre los servicios. |
| 8. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago | Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago |
| 9. Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015 | Se realizaron los correspondientes cobros de copagos, cuotas de recuperación de los servicios prestados. |
| 10. Soporta la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000 | Entrega de facturas con sus respectivos soportes según resolución 3374 de 2000 y tiempos según los lineamientos entregados por el área de pre auditoría y facturación para su previa verificación y devolución si es necesaria |
| 11. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal | Diariamente se elaboran los arques de caja y traslados y relación de facturas por conceptos de copagos. Y letras relacionadas en la entrega de libro de recaudo |
| 12. Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado". | Entrega de facturas con sus respectivos soporte y reporte en los tiempos según los lineamientos entregados por el área de pre auditoría y facturación para su previa verificación y devolución si es necesaria. |
| 13. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera | Se realizara solicitud de nota credito cuando se requiera por el área de facturación ya sea por cambio de pagador, subfacturación y/o sobrefacturación. |
| 14. Reportar al Técnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal | Diligenciar respectivamente el acta de anulación con sus respectivos vistos buenos por parte de pre auditoría, jefe de facturación y tesorería si tiene copagos realizados. Y entrega de esta con sus respectivos remplazos si los tiene, en los tiempos estipulados por el área de facturación (24 horas). |
| 15. Elaborar los reportes de facturación del área asignada. | Se elaboro los reportes de facturación del área asignada. |
| 16. Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. | Se Genero la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. |
| 17. Y las demás actividades consignadas en el contrato por OPS (asistir a capacitaciones requeridas por el área de facturación). | Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. |

OBSERVACIONES:
TOTAL A PAGAR: \$2.488.068,00 DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SESENTA Y OCHO PESOS MDA/CTE

| | |
|--|---|
|  NOMBRE DEL CONTRATISTA : MARIA DE LA CRUZ VANEGAS DAZA CC 52418045 | FECHA: 28/02/2026  ERIKA PAOLA ROJAS URREGO DIRECTORA FINANCIERA |
| Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | |

