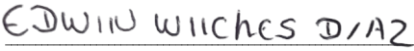


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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    |     |      |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA: 07/11/2024  |     |      |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   | UNIDAD:            |     |      |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: CPS-5927-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            | PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                               | Día                | Mes | Año  | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: Dr. Rafael Ochoa Ortiz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                  | 09  | 2025 | 30  | 08  | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN WILCHES DIAZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            | DOCUMENTO: 79215072                                                                                                                                                                                                                               |                    |     |      |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Administrativo en el área de Cartera y Glosas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( %): 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                            |                    |     |      |     |     |      |
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                             |                                                                            | Realizar constante depuración, gestión de cobro, respuesta de glosas y devoluciones para mantener unas CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. que permitan contribuir al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la Subred. |                    |     |      |     |     |      |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |                                                                            | Cumplir con el registro en los Sistemas de información establecidos por la Subred, a fin de poder contar con un sistema financiero (cartera) que permitan la generación de estados financieros                                                    |                    |     |      |     |     |      |
| 3. Recepcionar la glosa generada de la prestacion del servicio de salud a los diferentes pagadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            | Se recepcionó la glosa generada de la prestación del servicio de salud a los diferentes pagadores.                                                                                                                                                |                    |     |      |     |     |      |
| 4. Ingresar las glosas y devoluciones al sitema de informacion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            | Se ingresaron las glosas y devoluciones al sistema de información                                                                                                                                                                                 |                    |     |      |     |     |      |
| 5. Responder la glosa y devoluciones en los terminos que determina la ley                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            | Se asistió con soportes y demás necesidades al auditor médico en conciliación                                                                                                                                                                     |                    |     |      |     |     |      |
| 6. Asistir con soportes y demas necesidades al auditor medico en conciliacion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            | Se realizaron los informes necesarios para el reporte de glosas y aceptaciones                                                                                                                                                                    |                    |     |      |     |     |      |
| 7. Realizar los informes necesarios para el reporte de glosas y aceptaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS CON SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONÉSIMOS PESOS M/CTE (\$2.769.286)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>CC: 79215072                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            | Fecha : 30/09/2025<br><br>Firma de recibido supervisor: _____<br>Director Financiero (E) Dr. Rafael Ochoa Ortiz                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |     |      |     |     |      |