

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | ADRIANA MARTINEZ MOJICA | | | | | | | | 435370 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 23351388 | | | | | | | | | |
| CORREO | 3102520779 | CELULAR | admar06@gmail.com | | | | | | | | | |
| PROCESO: | Financiera | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | Financiera | | | | UNIDAD: | | | | Chapinero | | | |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A00 | | | | | | | | | | | |
| BANCO | 28 | | | | TIPO CUENTA | | | | SIN CUENTA | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | | 0 | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----------|------------|------------------|--------------------------|-------|------------|--|--|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | 3611-2026 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 163 | FECHA | 22/01/2026 | NUMERO DE CRP: 1 | 14865 | FECHA | 03/03/2026 | | | | |

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 | |
| | | 04 | 03 | 2026 | | 31 | 03 | 2026 | |
| TIPO SERVICIOS | Administrativo | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | |
| VALOR MES | 10,000,000 | | | 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: | 30,000,000 |
| VALOR EJECUTADO: | 19,000,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 9,000,000 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 0 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 11,000,000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 63.33 % |

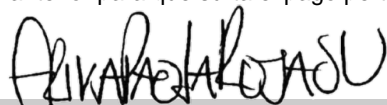
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 3611202603 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

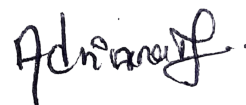
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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



ROJAS URREGO ERIKA PAOLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



ADRIANA MARTINEZ MOJICA

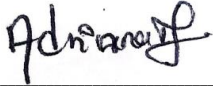
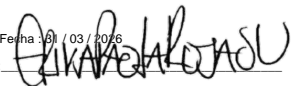
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACION | | | | UNIDAD: | | | SUBA | | |
|--|-----------------------|-----|-----|---------|------|-----|------|------|--|
| No. DE CONTRATO: 3611-2026 | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO | | | 4 | 03 | 2026 | 31 | 3 | 2026 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARTINEZ MOJICA ADRIANA | DOCUMENTO: 23.351.388 | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. | | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100% | | | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1. Garantizar que se de cumplimiento al proceso de facturación tanto hospitalaria como ambulatoria, por medio del seguimiento a los profesionales de apoyo de facturación de cada sede | Se realizo seguimiento al proceso de facturación tanto hospitalaria como ambulatoria de manera diaria con productividad, informes de facturacion y a los profesionales de apoyo de cada sede. |
| 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. | Prestar un servicio basado en la humanizacion y respeto con todos los colaboradores de la subred norte y con los usuarios, desarrollar mis actividades con la mejor disposicion y cumplir con las estrategias definidas por la subred como aporte para el sistema Unico de Acreditacion |
| 3.Generación de informes mensuales de variación en la facturación de las sedes realizando seguimiento al comportamiento en la facturación, emitiendo alertas en los casos en los cuales se evidencie un comportamiento atípico en la facturación. | Se realiza validacion de cifras de los informes mensuales generados por el profesional de informes, se realiza las modificaciones y envio a las diferentes areas |
| 4. Verificar que se realice la radicación de cuentas de todos los pagadores con la generación de RIPS y soportes documentales requeridos por cada uno de los pagadores | Se realiza seguimiento diario de la radicacion con el apoyo, se gestiona el recorrido diario de recoleccion de facturas en las unidades para garantizar el giro directo y se gestiona la radicacion a las entidades con cronograma de manera diaria |
| 5.Verificar que se de cumplimiento a la generacion y validacion de RIPS de la Subred | Se realiza seguimiento diario con el apoyo de rips para la entrega de rips al area de radicacion anteriormente se hacia de manera semanal se hizo cambios para envio de manera diaria con el fin de garantizar giro directo |
| 6. Dar respuesta oportuna a los requerimientos tanto del cliente interno como cliente externo y entes de control. | Se realiza validacion diaria de requerimientos y se envian respuestas a los clientes internos como externo y entes de control |
| 7. Verificación continua a la parametrización de los contratos suscritos con los diferentes pagadores. | Se realiza desde facturacion validacion y solicitud de codigos sin parametrizar en el sistema de informacion de igual manera se realizar la solicitud y se verifica la creacion |
| 8. Seguimiento semanal a las cuentas pendientes por facturar incluidas las anuladas y las no facturadas. | Se realiza seguimiento diario y semanal de lo pendiente por facturar con cargos abiertos y se hace revision de drive de facturas anuladas y refacturadas en el mismo mes |
| 9. Prestar sus servicios personales en las Instalaciones de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, como Apoyo Profesional Tecnico para realizar las acciones necesaria garantizando la correcta facturación de todas la prestaciones a los usuarios, en Hospitalización, UCIS Urgencias, quirúrgicos y consulta externa, entre otros para el desarrollo de los procesos y procedimientos en el día a día de la facturación, en el cual se consolida toda la prestación, de cada una de las unidades que conforman la Subred | Se realiza revision y validacion de las cuentas preautidadas por los tecnicos y validando con los manuales tarifarios |
| 10. Apoyo en el proceso de contratación de servicios | Se realiza apoyo en la revision de los Otros Si al contratos de capital Salud y otras entidades apoyando la revision del uno a uno con observaciones desde facturacion y apoyo en respuesta a cotizaciones |
| 11. Consolidación del informe mensual de facturación | Se realiza consolidación y validación diaria de facturación por evento, notas credito y debito y radicación e informes mensuales con conciliacion de contabilidad y cartera |
| 12. Realizar conciliación de produccion y facturacion de los servicios trasadores. | Se realiza conciliacion con produccion vs detalle de facturacion con e fin de notificar a los gestores de unidades ambulatorias y de hospitalizacion para mejorar los procesos. |
| 13. Las demás que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área | Se realizan las actividades asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos del área. |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: \$ 9.000.000 - NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE

| | |
|--|---|
|  MARTINEZ MOJICA ADRIANA CC: 23.351.388 | Fecha: 19 / 03 / 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.



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

22/02/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ADRIANA MARTINEZ MOJICA** con **Cédula de Ciudadanía** número **23351388**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **000570035477**
Fecha de apertura **03/01/2002**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA