

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN WILCHES DIAZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	79215072
CELULAR: 3143227749	CORREO ELECTRÓNICO: edwinwilchesangie@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESR25 - ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: Administrativo	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 9470442741	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 383-2026						N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4					
CDP 1	165	CRP 1	9937	CDP 2	-	CRP 2	-	CDP 3	-	CRP 3	-
CDP 4	-	CRP 4	-	CDP 5	-	CRP 5	-	CDP 6	-	CRP 6	-
CDP 7	-	CRP 7	-	CDP 8	-	CRP 8	-	CDP 9	-	CRP 9	-
CDP 10	-	CRP 10	-	CDP 11	-	CRP 11	-	CDP 12	-	CRP 12	-

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA			
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
	01	04	2026	30	04	2026	

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.852.000	TIPO DE SERVICIOS: Administrativo	VALOR HORA / DÍA: -
--	--	----------------------------

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)



CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO


CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 11.408.000
VALOR EJECUTADO	\$ 8.556.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.852.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	-
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	-
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.852.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75.0 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	68832280

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Abril del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA EDWIN WILCHES DIAZ CC: 79215072
---	--



	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50														
		VERSIÓN: 4														
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024														
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA		UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO														
No. DE CONTRATO: 383-2026	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO CERTIFICADO</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>01</td> <td>04</td> <td>2026</td> <td>30</td> <td>04</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		01	04	2026	30	04	2026	
PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
	01	04	2026	30	04	2026										
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO																
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN WILCHES DIAZ	DOCUMENTO: 79215072															
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.																
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 75.0 %																
OBLIGACIONES ESPECIFICAS		ACTIVIDADES REALIZADAS														
Ingresar, relacionar y contestar las devoluciones y glosas en el sistema de información y/o aplicativo establecido por la Subred.		Se identificaron y clasificaron las causales de devolución y glosas, tomando en cuenta las normativas y directrices vigentes. Se revisaron los informes de devolución de la plataforma y se categorizaron los casos según tipo (documentos incompletos, errores de formato, falta de respaldo, etc.).														
Analizar las causales de devolución y glosas, y realizar la respectiva respuesta y/o solicitud de soportes necesarios a cada responsable, en los términos establecidos en la normatividad vigente y los lineamientos emitidos por el Referente del área		Las actividades a realizar son las acciones concretas y específicas que se deben ejecutar para cumplir con las obligaciones. Son tareas prácticas y a menudo más detalladas que ayudan a alcanzar los objetivos y a cumplir con las responsabilidades asignadas, Revisar las causales de devolución y las glosas que se presentan, Elaborar la respuesta para cada causal o glosa de acuerdo con la normatividad vigente, Solicitar los soportes necesarios a los responsables correspondientes, Enviar las respuestas o solicitudes de soporte dentro de los plazos establecidos por la normativa y los lineamientos del Referente del área y Realizar un seguimiento a las respuestas y solicitudes para asegurarse de que se reciban los soportes necesarios a tiempo.														
Consolidar los soportes necesarios para la respuesta de devoluciones y glosas		Consolidación de documentos: Se recolectaron todas las facturas, órdenes de compra, comunicaciones previas y cualquier otro soporte necesario para responder de manera adecuada a las devoluciones o glosas, Revisión de criterios, Revisión con áreas involucradas, Elaboración de respuestas.														
Gestionar la respectiva radicación de las respuestas de devoluciones y glosas ante las EAPB		Obligación específica: Gestionar la radicación de respuestas a devoluciones y glosas ante las EAPB. Actividad realizada: Revisar las glosas, preparar respuestas, radicar la documentación, hacer seguimiento, etc.														
Generar informe semanal de producción en cuanto a devoluciones y/ o glosas tramitadas ante las diferentes EAPB		Se revisaron los registros de devoluciones y glosas del periodo correspondiente, Se compiló la información y se verificaron los montos y causas de cada devolución y glosa, Se elabora el informe detallado, destacando los casos más relevantes, Se envió el informe a las áreas correspondientes y se mantuvo comunicación constante con los equipos para resolver cualquier inconsistencia.														
Generar informe mensual de la respuesta a devoluciones y/ o glosas, motivo y responsables		Realizar un análisis de la eficiencia en la gestión de devoluciones y glosas, identificando áreas de mejora y proponiendo soluciones, Mantener actualizado el registro de las devoluciones y glosas, asegurando que todos los eventos y acciones estén correctamente documentados en el informe mensual.														
Realizar retroalimentación de las causales de devolución y glosas a los responsables de las mismas en búsqueda de mitigar dichas causales		Estas deben reflejar las acciones concretas que se llevaron a cabo en relación con las obligaciones planteadas, Se proporcionó retroalimentación individualizada a los responsables de cada causal de devolución, Se establecieron reuniones de seguimiento para discutir las glosas y las acciones correctivas adoptadas por cada responsable, Se implementaron cambios en los procesos que habían originado las causales de devolución para reducir su frecuencia, Se documentaron las medidas correctivas y los resultados obtenidos, generando informes que permiten dar seguimiento a la evolución de las causas de devolución.														
Verificar las plataformas de las diferentes EAPB que manejen las devoluciones y glosas de forma magnética.		se realiza revisión exhaustiva de las plataformas electrónicas utilizadas por las EAPB para el manejo de devoluciones y glosas de manera magnética. Verificación de la correcta integración y funcionamiento de las herramientas digitales empleadas para la gestión de las devoluciones y glosas. Registro y documentación de las inconsistencias o problemas detectados en las plataformas, para su posterior seguimiento y corrección.														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
	Coordinación con las EAPB en caso de encontrar fallas o problemas técnicos, para garantizar la continuidad en el manejo adecuado de las devoluciones y glosas
Realizar seguimiento a la entrega de los soportes realizados a las diferentes áreas para garantizar la contestación oportuna de las devoluciones y glosas	Verificación continua de la recepción de soportes por parte de las diferentes áreas, manteniendo un registro actualizado de los mismos, Comunicación frecuente con las áreas correspondientes para asegurar que las devoluciones y glosas sean contestadas en los plazos establecidos, Generación de reportes de seguimiento sobre el estado de las devoluciones y glosas, informando de cualquier retraso o incidencia en el proceso, Resolución de incidencias y coordinación con los responsables para dar una solución rápida y efectiva ante cualquier situación que interfiera con la entrega o resolución de las glosas.
Realizar la solicitud oportuna de RIPS, autorizaciones, soportes de material de osteosíntesis y cambios de pagador al Area Correspondiente	Elaboración y envío de solicitudes de RIPS dentro de los plazos establecidos, siguiendo los lineamientos del sistema, Coordinación con las áreas pertinentes para obtener las autorizaciones médicas requeridas en cada caso, Solicitud y validación de los soportes de material de osteosíntesis, asegurando su disponibilidad y correcta documentación, Gestión y actualización de los cambios de pagador, asegurando que la información se transfiera correctamente al área correspondiente para evitar inconvenientes con los pagos.
Gestionar que el 100% de las facturas que tengan aceptación por cambio de pagador, cuenten con reemplazo en el sistema de información.	Verificación diaria de las facturas con aceptación por cambio de pagador para asegurar su inclusión y reemplazo en el sistema de información, Coordinación con el equipo de soporte para resolver incidencias relacionadas con el reemplazo de facturas en el sistema, Monitoreo y seguimiento de las facturas no procesadas, realizando las gestiones necesarias para completar su registro.
Realizar cruces junto con el ejecutivo de cartera a fin de definir el estado de la información.	Realizo cruces de información periódicos con el ejecutivo de cartera, revisando el estado de las cuentas y verificando la coherencia de los datos en el sistema. Además, se coordinó la resolución de cualquier discrepancia encontrada, garantizando que toda la información estuviera actualizada y correctamente registrada
Realizar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred	Se efectuó la conciliación mensual de las devoluciones y glosas tramitadas, comparándolas detalladamente con las descargadas por el área de cartera. Se verificó y depuró el 100% de las devoluciones y glosas tramitadas, asegurando que todos los registros coincidieran con los datos en el sistema.
Demás actividades que se requieran en el Area.	Las actividades realizadas abarcan las tareas o acciones concretas que la persona lleva a cabo durante el desempeño de sus funciones. Estas pueden ser complementarias o adicionales a las obligaciones específicas y reflejan el trabajo diario o puntual que se realiza en el área. También incluyen las tareas imprevistas o extra que surgen de las necesidades operativas del momento.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:

\$ 2.852.000 – DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

<p>Fecha: 30/04/2026</p> <p></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA EDWIN WILCHES DIAZ CC: 79215072</p>	<p>Fecha: 30/04/2026</p> <p></p> <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804</p>
--	--

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79215072	EDWIN WILCHES DIAZ		Carrera 18 A - 2 -21	3143227749	edwinwilchesangie@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68832280	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$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	79215072	EDWIN WILCHES DIAZ		Carrera 18 A - 2 -21	3143227749	edwinwilchesangie@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68832280	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colum. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	LMA	VAC	AVP	VCV	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 79215072	WILCHES DIAZ EDWIN	59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA