

	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:		RAMIREZ QUINTERO ANGIE VIVIANA										440255			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1030540067							
CORREO		3044938100				CELULAR		vivi8729@gmail.com							
PROCESO:		Facturacion													
SERVICIO:		Facturacion				UNIDAD:				Engativa					
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:		0433-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		165		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		9987		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	04	2026		30	04	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:								7,011,828							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								2,337,276							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								186							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								186							
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								2,337,276							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								75.00 %							
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									
72611207	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,

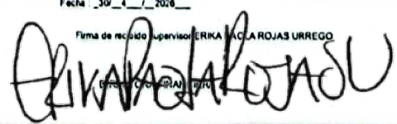
ROJAS URREGO ERIKA PAOLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RAMIREZ QUINTERO ANGIE VIVIANA

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 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL			
ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACIÓN		UNIDAD:	
No. DE CONTRATO: 0433-2026	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO		Año	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE VIVIANA RAMIREZ QUINTERO	DOCUMENTO: C.C. 1030540067	Día	Mes
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.		Año	Año
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%		Día	Mes
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS		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.		1. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2. Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3. Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación. 4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5. Ingreso de Información confiable al Sistema de Información.	
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.		Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos dentro del proceso de la facturación que afecten las finanzas de la Institución. 2. Brindar una atención cálida, respetuosa y enmarcada en la humanización de nuestro proceso. 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4. Ingreso y registro de Información confiable al sistema de información.	
3. Verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos (Fosya, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros).		Realización de facturas con sus respectivos soportes físicos de las diferentes bases de datos para su previa verificación.	
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.		Se realizó 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.	
6. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendidos 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 le informó al área de autorizaciones y admisiones, y trabajo social de los pacientes particulares o con alguna inconsistencia en su estado de afiliación.	
7. Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.		Se realizó la verificación de derechos de los usuarios a facturar, se realizó la actualización de la información de los usuarios requeridos.	
8. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago.		Todas las facturas realizadas fueron firmadas por el usuario.	
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 realizó la entrega de recaudos, arqueos de caja, traslados y reportes de facturas diariamente.	
10. Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000.		Entrega de facturas con todos los soportes para su respectiva radicación y pre-auditoría.	
11. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal.		Entrega de recaudos, arqueos de caja, traslados y reportes de facturas diariamente.	
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.	
13. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera.		Se realizó solicitud de nota crédito a las facturas que se requirió 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.		Entrega de acta de anulación con sus respectivos soportes y remplazos al área de facturación (24 horas).	
15. Elaborar los reportes de facturación del área asignada.		Entrega de reportes de facturación diariamente.	
16. Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados.		Entrega de facturas de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. (Diariamente).	
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 \$ 2,337,276 (DOS MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE)			
 ANGIE VIVIANA RAMIREZ QUINTERO C.C. 1030540067		Fecha: 30/4/2026  Firma de recibido supervisor ERIKA PAOLA ROJAS URREGO	
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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030540067	ANGIE VIVIANA RAMIREZ QUINTERO	CRA 81A 8 B 30	3044938100	vivi_8708@hotmail.com	
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72611207	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$541.800	

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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030540067	ANGIE VIVIANA RAMIREZ QUINTERO		CRA 81A 8 B 30	3044938100	vivi_8708@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72611207	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	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 1030540067	RAMIREZ QUINTERO ANGIE VIVIANA	59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA