Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1023862731		
CORREO ELECTRONICO:	caritoperalt19@gmail.com				CELULAR:	6019302797		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS 11 PUENTE ARANDA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU40R25	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9270314678					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3070			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	472	FECHA	2026-01-30 18:21:39.000	NÚMERO DE CRP	13568	FECHA	2026-02-02 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV - PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV CARTERA-GLOSAS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-01		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$7,354,741				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$29,173,806
VALOR EJECUTADO	$7,354,741
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,354,741
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$21,819,065
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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 $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
78279701 - 78979824	$2,941,896	$367,737	$470,703	3	$71,665	$910,105

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Elaborar, analizar, verificar y consolidar los informes de las cuentas por cobrar que sean solicitados al área por servicios de salud tanto internos como externos en forma mensual, trimestral, semestral y anual.	Generar los iinformes y/o reportes solicitados correspondiente a Cartera y Cuentas Médicas	Informes y/o reportes solicitados correspondiente a Cartera y Cuentas Médicas
2. Realizar los procesos de conciliación contables y cierres mensuales de las cuentas por cobrar con el área de contabilidad	Conciliar y generar las actas de conciliación de Cartera y Glosas con el Area de Contabilidad	Actas de conciliación de Cartera y Glosas con el Area de Contabilidad
3. Garantizar la veracidad y confiabilidad de la información de las cuentas por cobrar reportada a los entes de control internos y externos.	Validar la información de cartera tanto en el modulo de cartera como en el módulo de contabilidad del sistema de informacion.	Estado de cartera y actas de conciliación
4. Realizar los registros contables de las cuentas por cobrar, del proceso de recaudo, depuración de cartera y elaborar los ajustes pertinentes en los tiempos establecidos	Notas Crédito y documentos por ajustes - Traslados de incapacidades.	Notas Crédito y documentos por ajustes - Traslados de incapacidades.
5. Realizar la conciliación de los ingresos mensuales de las cuentas por cobrar con el área de tesorería	Realizar el proceso de cruce de información y conciliación del recuado con Tesoreria	Acta de conciliación
6. Apoyar la elaboración de informes y diligenciamiento en plataformas SIHO y SIVICOF , circular 030 estados de cartera por edades e informes que se requieran de los diferentes usuarios tanto externos como externos	Generar y radicar los informes solicitados por entes de control a corte marzo 2026, SIHO, SIVICOF Y 030 son trimestrales.	Informes solicitados por entes de control a corte marzo 2026, SIHO, SIVICOF Y 030 son trimestrales.
7. Cumplir con las condiciones de calidad requeridas (normas, procedimientos y protocolos) Integración a la cultura organizacional.	Cumplir con lo contemplado en procesos, procedimiento y demás reglamentación del Area	Informes generados
8. disposición para aceptar y acatar las normas, reglamentos y características de la entidad. Disposición para entregar a la entidad y al equipo de trabajo sus conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de las funciones asignadas Demás actividades asignadas por el referente del área.	Cumplir con actividades asignadas por el referente del área	Informes generados
9. Recibir, revisar, analizar, la glosa recibida en la Subred y Contestar dentro de los términos de acuerdo al Resolución 3047/2007,	Realizar el proceso de cruce de información y conciliación del recuado con Contabilidad	Infomres de glosa al cierre de mes
10. Retroalimentar a las Área involucradas (Asistencial y administrativa)en la elaboración en la radicación de las cuentas r con el fin de que se disminuyan las causales de glosa.	Realizar las actas de socialización de glosas, correos electronicos de socialización.	Actas de socialización de glosas, correos electronicos de socialización.
11. Consolidar los informes mensuales de glosas y reportarlos al Área de Cartera con el fin de Cobrar	Consolidar actas de conciliación médica	Consolidado de actas de conciliación médica
12. Realizar las conciliaciones médicas con los diferentes pagadores elaborando la matriz de responsabilidad.	Consolidar actas de conciliación médica realizadas por los auditores, la matriz de responsabilidad no se aplica	Consolidado de actas de conciliación médica realizadas por los auditores, la matriz de responsabilidad no se aplica
13. Asistir desarrollar las capacitaciones del área, asesorar diariamente los procesos Médicos Administrativos que un requeridos.	Elaborar las actas de capacitación	Actas de reunión
14. Desarrollar en forma integral el proceso de respuestas a las objeciones presentadas en la facturación del F.F.D.S y otros pagadores.	Elaborar las actas de conciliación del pendiente de contestar en glosas y devoluciones	Acta de conciliación del pendiente de contestar en glosas y devoluciones
15. Realizar los informes necesarios para determinar causales de glosa, presentar informe mensual de gestión al área de Cartera, Facturación y la Subgerencia Financiera.	Socializaciones de glosa	Socializaciones de glosa
16. Asistir a reuniones de acuerdo con la gestión a realizar, estar actualizado en la normatividad expedida sóbrela salud, facturación, glosa y su aplicabilidad.	Elaborar actas de reunión .	Actas de reunión .
17. Dar soporte a los revisores en temas y procedimientos médicos facturados.	generar correos electronicos	Correos electronicos
18. gestionar citas de conciliación de acuerdo a los pagadores asignados y asistir a todas ases conciliaciones de Glosa programadas.	Correos electrónicos y actas de reunión.	Correos electrónicos y actas de reunión.
19. Entregar las actas de conciliación con oportunidad para que los técnicos realicen su descargue en dinámica (máximo 3 días después de realizada la conciliación),12. Y las demás asignadas por el supervisor	Consolidado de actas realizadas por los médicos auditores.	Consolidado de actas realizadas por los médicos auditores.

Copia Controlada Subred Suroccidente

ANA LUCIA QUINTERO MOJICA
52827329
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ

C.C 1.023.862.731 DE BOGOTÁ

La suma de siete millones trescientos cincuenta y cuatro mil setecientos cuarenta y un pesos m/cte. ($7.354.741), por concepto de: Prestar servicios como profesional Especializado IV a la gestión administrativa y/o asistencial en el Área de Financiera dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

De acuerdo con el requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 30 de abril 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3070-2026.

JENNY CAROLINA PERALTA HERNÁNDEZ
C.C. 1.023.862.731 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0092 7031 4678

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ	KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78279701	28/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$890.800	

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	355.500	0		0		0	18	4.400	0	359.900	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	455.100	0	0	0	0	18	5.600	0	460.700	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	69.300				69.300	18	900	70.200			693	70.200	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	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	355.500	359.900
Pensión	1	455.100	460.700
Riesgos Laborales	1	69.300	70.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	879.900	890.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ	KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78279701	28/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$890.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1023862731	PERALTA HERNANDEZ JENNY CAROLINA	59	0			N																	230301	2.844.000	30	455.100	0	0	0	0	EPS008	2.844.000	30	355.500	14-11	2.844.000	30	3	69.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ	KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
78279701	28/04/2026	78979824	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	$0	$31.000	

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	12.300	0		0		0	20	200	0	12.500	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	15.700	0	0	0	0	20	300	0	16.000	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	2.400				2.400	20	100	2.500			24	2.500	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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	12.300	12.500
Pensión	1	15.700	16.000
Riesgos Laborales	1	2.400	2.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	30.400	31.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023862731	JENNY CAROLINA PERALTA HERNANDEZ	KR 4 E NO 31 O 04 SUR	9302797	caritoperalt19@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
78279701	28/04/2026	78979824	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	$0	$31.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1023862731	PERALTA HERNANDEZ JENNY CAROLINA	59	0			N								X									230301	2.941.900	30	470.800	0	0	0	0	EPS008	2.941.900	30	367.800	14-11	2.941.900	30	3	71.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información