

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ADRIANA MARTINEZ MOJICA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	23351388
CELULAR: 3105086248	CORREO ELECTRÓNICO: admar06@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESR23 - ADM FACTURACION - AUTORIZACIONES Y ADMISIONES USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: ADMINISTRATIVO	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 570035477	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3611-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 3				
CDP 1	163	FECHA	22/01/2026	CRP 1	14865	FECHA	03/03/2026
CDP 2	704	FECHA	20/05/2026	CRP 2	20155	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

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	05	2026	31	05	2026

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 10.000.000	TIPO DE SERVICIOS: ADMINISTRATIVO	VALOR HORA / DÍA: —
---	---	-------------------------------

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
REVISADO PLANILLA Y VALOR OK


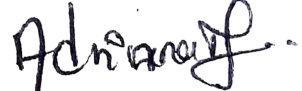
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 39.000.000
VALOR EJECUTADO	\$ 19.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 10.000.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 20.000.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	48.7 %

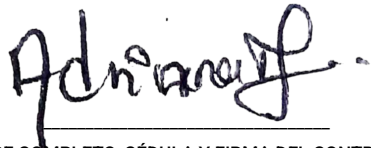
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que 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
\$ 4.000.000	\$ 500.000	\$ 640.000	III	\$ 97.500	\$ 1.237.500	81997528

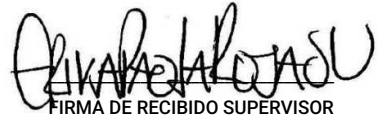
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ADRIANA MARTINEZ MOJICA CC: 23351388
---	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50												
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA		UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO												
No. DE CONTRATO: 3611-2026	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO	DOCUMENTO: 23351388													
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 (%): 48.7 %														
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS													
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.													
Seguimiento semanal a las cuentas pendientes por facturar incluidas las anuladas y las no facturadas	Seguimiento semanal a las cuentas pendientes por facturar incluidas las anuladas y las no facturadas													
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													
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													
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													
Dar respuesta oportuna a los requerimientos tanto del cliente interno como cliente externo y entes de control.	Se da respuesta oportuna a los requerimientos tanto del cliente interno como cliente externo y entes de control.													
Verificación continua a la parametrización de los contratos suscritos con los diferentes pagadores.	Se realiza seguimiento a la parametrización de los contratos suscritos con los diferentes pagadores.													
Seguimiento semanal a las cuentas pendientes por facturar incluidas las anuladas y las no facturadas.	Seguimiento semanal a las cuentas pendientes por facturar incluidas las anuladas y las no facturadas.													
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	Seguimiento, validación y supervisión del proceso integral de facturación de los servicios prestados en hospitalización, urgencias, UCI, quirúrgicos y consulta externa, garantizando la correcta consolidación, parametrización y oportunidad en la facturación de las prestaciones de salud de la Subred.													
Apoyo en el proceso de contratación de servicios	Apoyo en el proceso de contratación de servicios													
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													
Realizar conciliación de produccion y facturacion de los servicios trasadores.	Se realiza conciliación de produccion y facturacion de los servicios trasadores.													
Las demás que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área	Se da cumplimiento a actividades asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área													
OBSERVACIONES:														
TOTAL A PAGAR: \$ 10.000.000 – DIEZ MILLONES PESOS M/CTE														
Fecha: 31/05/2026	Fecha: 31/05/2026													



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ADRIANA MARTINEZ MOJICA
CC: 23351388



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ERIKA PAOLA ROJAS URREGO
CC: 53039804

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	23351388	ADRIANA MARTINEZ MOJICA		cra 20 No.20 a 85 Int 1 apto 302	8277018	admar06@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81997528	21/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.237.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	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	97.500				97.500	0	0	97.500			975	97.500	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	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	97.500	97.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.237.500	1.237.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	23351388	ADRIANA MARTINEZ MOJICA		cra 20 No.20 a 85 Int 1 apto 302	8277018	admar06@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81997528	21/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.237.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Salud	Extranjero	Colaborador	Exonero	ING	RET	TDE	TPE	TDP	SP	SP	SP	SENA	IGE	LMA	VAC	APP	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 23351388	MARTINEZ MOJICA ADRIANA	59	0		N																		25-14	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS017	4.000.000	30	500.000	14-11	4.000.000	30	3	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA