

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ADRIANA MARTINEZ MOJICA								440280		
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
		01	04	2026		30	04	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:	10,000,000
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
75735247	450,000	576,000	3	87,700	0	1,113,700
	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

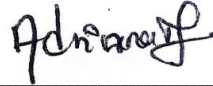

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

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		1	04	2026	30	4	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 realizó seguimiento al proceso de facturación tanto hospitalaria como ambulatoria de manera diaria con productividad, informes de facturación 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 humanización y respeto con todos los colaboradores de la subred norte y con los usuarios, desarrollar mis actividades con la mejor disposición y cumplir con las estrategias definidas por la subred como aporte para el sistema Único de Acreditación.
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 validación de cifras de los informes mensuales generados por el profesional de informes, se realiza las modificaciones y envío a las diferentes áreas
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 radicación con el apoyo, se gestiona el recorrido diario de recolección de facturas en las unidades para garantizar el giro directo y se gestiona la radicación a las entidades con cronograma de manera diaria.
5.Verificar que se de cumplimiento a la generación y validación de RIPS de la Subred	Se realiza seguimiento diario con el apoyo de rips para la entrega de rips al área de radicación anteriormente se hacía de manera semanal se hizo cambios para envío 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 antes de control.	Se realiza validación diaria de requerimientos y se envían respuestas a los clientes internos como externo y antes de control.
7. Verificación continua a la parametrización de los contratos suscritos con los diferentes pagadores.	Se realiza desde facturación validación y solicitud de códigos sin parametrizar en el sistema de información de igual manera se realiza la solicitud y se verifica la creación.
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 revisión 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 Técnico para realizar las acciones necesarias garantizando la correcta facturación de todas las 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 revisión y validación de las cuentas preautuadas por los técnicos y validando con los manuales tarifarios
10. Apoyo en el proceso de contratación de servicios	Se realiza apoyo en la revisión de los Otros Si a los contratos de capital Salud y otras entidades apoyando la revisión del uno a uno con observaciones desde facturación y apoyo en respuesta a cotizaciones.
11. Consolidación del informe mensual de facturación	Se realiza consolidación y validación diaria de facturación por evento, notas crédito, débito y radicación e informes mensuales con conciliación de contabilidad y cartera.
12. Realizar conciliación de producción y facturación de los servicios trasladados.	Se realiza conciliación con producción vs detalle de facturación con el fin de notificar a los gestores de unidades ambulatorias y de hospitalización 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: \$ 10.000.000 - DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE**

 MARTINEZ MOJICA ADRIANA CC: 23.351.388	Fecha: 30/04/2026 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.

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
		75735247	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.113.700	

## 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	450.000	0		0		0	0	0	0	450.000	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	576.000	0	0	0	0	0	0		576.000	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	87.700				87.700	0	0	87.700			877	87.700	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	450.000	450.000
Pensión	1	576.000	576.000
Riesgos Laborales	1	87.700	87.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.113.700</b>	<b>1.113.700</b>

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
		75735247	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.113.700	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsego	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	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	R															25-14	3.600.000	30	576.000	0	0	0	0	EPS017	3.600.000	30	450.000	14-11	3.600.000	30	3	87.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA