

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: JACK JIMMY CRUZ BUITRAGO</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>79884972</b>
<b>CELULAR:</b> 3133576601	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> jackpiratejack@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> CESR25 - ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS CES
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN FINANCIERA		<b>SERVICIO:</b> ADMINISTRATIVO	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 8400715861	
<b>PENSIONADO:</b>	<b>SI No X</b>		

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 408-2026		<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4	
<b>CDP 1</b>	165	<b>FECHA</b>	22/01/2026
<b>CDP 2</b>	705	<b>FECHA</b>	20/05/2026
<b>CDP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CRP 1</b>		9962	<b>FECHA</b> 01/02/2026
<b>CRP 2</b>		20114	<b>FECHA</b> 22/05/2026
<b>CRP 3</b>		—	<b>FECHA</b> —
<b>CRP 4</b>		—	<b>FECHA</b> —
<b>CRP 5</b>		—	<b>FECHA</b> —
<b>CRP 6</b>		—	<b>FECHA</b> —

**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.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026

<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 3.606.000	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ADMINISTRATIVO	<b>VALOR HORA / DÍA:</b> —
--	---	-------------------------------

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

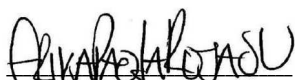
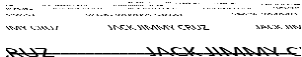
**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**


CONCEPTO	VALORES
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>	\$ 18.030.000
<b>VALOR EJECUTADO</b>	\$ 10.818.000
<b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>	\$ 3.606.000
<b>TOTAL HORAS CONTRATADAS</b>	—
<b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES</b>	—
<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	\$ 7.212.000
<b>VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)</b>	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	60.0 %

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	80553102

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

 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> JACK JIMMY CRUZ BUITRAGO CC: 79884972
---	--

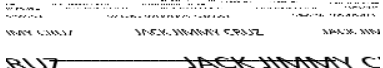
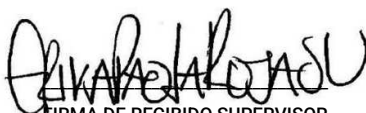
	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-50												
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 1 DE 1												
UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO		FECHA: 07/11/2024												
No. DE CONTRATO: 408-2026	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: 79884972													
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 (%): 60.0 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
A. Ingresar, relacionar y contestar las devoluciones y glosas en el sistema de información y/o aplicativo establecido por la Subred.	Verificación de la base de datos de Adres de la Subred Norte
B. 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	Inducción al área de devoluciones y glosas.
C. Consolidar los soportes necesarios para la respuesta de devoluciones y glosas	verificación del archivo físico de devoluciones y glosas de Adres.
D. Gestionar la respectiva radicación de las respuestas de devoluciones y glosas ante las EAPB.	Respuesta a devoluciones y Glosas de Adres.
E. Generar informe semanal de producción en cuanto a devoluciones y/ o glosas tramitadas ante las diferentes EAPB	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
F. Generar informe mensual de la respuesta a devoluciones y/o glosas, motivo y responsables.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
G. Realizar retroalimentación de las causales de devolución y glosas a los responsables de las mismas en búsqueda de mitigar dichas causales.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
H. Verificar las plataformas de las diferentes EAPB que manejen las devoluciones y glosas de forma magnética	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
I. Realizar la corrección de los FURIPS y medios magnéticos cuando así sea necesario para dar respuesta a la devolución y/o glosa de facturas	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
J. Realizar seguimiento a la entrega de los soportes realizados a las diferentes áreas para garantizar la contestación oportuna de las devoluciones y glosas.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
K. Realizar la solicitud oportuna de RIPS, autorizaciones, soportes de material de osteosíntesis y cambios de pagador al área correspondiente.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
L. Gestionar que el 100% de las facturas que tengan aceptación por cambio de pagador, cuenten con reemplazo en el sistema de información.,	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
M. Realizar cruces junto con el ejecutivo de cartera a fin de definir el estado de la información.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
N. Reportar a cartera las devoluciones y glosas aceptadas de forma mensual para que se proceda a la generación de las respectivas notas en aras de mantener depurada la cartera.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
Ñ. Realizar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
O. Escanear los radicados de las respuestas a devoluciones y glosas, y remitir el físico en original al área de cartera para la depuración de la misma	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.
P. Realizar conciliación de las devoluciones y glosas tramitadas y radicadas en el mes	Demás actividades asignadas por la lider del proceso.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Vs las descargadas por el área de cartera velando por la depuración del 100% de las devoluciones y glosas tramitadas Vs las registradas en el sistema.	
Q. Demas actividades que se requieran en el área.	Demás actividades asignadas por la lider del proceso, se realiza seguimiento y control semanal de la facturacion SOAT - ACCIDENTES DE TRANSITO Y ADRES, se auditan soportes y FURIPS para su radicacion a las aseguradoras

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:  
**\$ 3.606.000 – TRES MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL PESOS M/CTE**

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>RUZ</b> <b>JACK JIMMY C</b>  <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  <b>JACK JIMMY CRUZ BUITRAGO</b>  <b>CC: 79884972</b></p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b>  <b>ERIKA PAOLA ROJAS URREGO</b>  <b>CC: 53039804</b></p>
--	--

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	79884972	JACK JIMMY CRUZ BUITRAGO		CRA 73 B BIS SUR 26 81 BL 3	5961020		jackpiratejack@gmail.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
		80553102	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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		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

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	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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>

