

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MIREYA MORA MUÑOZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	23562178
CELULAR: 3016239246	CORREO ELECTRÓNICO: amidianamora@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESR25 - ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: ADMINISTRATIVO	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 481800036362	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 415-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>165</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>705</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	165	FECHA	22/01/2026	CDP 2	705	FECHA	20/05/2026	CDP 3	—	FECHA	—	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>9969</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>20121</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	9969	FECHA	01/02/2026	CRP 2	20121	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	165	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	705	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	9969	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	20121	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	—	FECHA	—																																														
CRP 4	—	FECHA	—																																														
CRP 5	—	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	04	2026	30	04	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.852.000	TIPO DE SERVICIOS: ADMINISTRATIVO			VALOR HORA / DÍA: —		

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

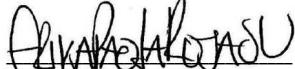
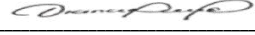
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 11.408.000
VALOR EJECUTADO	\$ 8.556.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.852.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.852.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75.0 %

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	36655353

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Abril 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 DIANA MIREYA MORA MUÑOZ CC: 23562178
---	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50			
							VERSIÓN: 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA				UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO						
No. DE CONTRATO: 415-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO					01	04	2026	30	04	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MIREYA MORA MUÑOZ				DOCUMENTO: 23562178						
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 (%): 75.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Ingresar, relacionar y contestar las devoluciones y glosas en el sistema de información y/o aplicativo establecido por la Subred.					Revisar plataforma y correo institucional para realizar el tramite de respuesta y glosa					
2. 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.					
3. Consolidar los soportes necesarios para la respuesta de devoluciones y glosas					verificación del archivo físico de devoluciones y glosas de empresas asignadas					
4. Ingresar la glosa y las devoluciones al sistema de información					Respuesta a devoluciones y Glosas de la EPS responsables de pago.					
5. Garantizar la respectiva radicación de las respuestas de devoluciones y glosas ante las EAPB.					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					
6. 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.					
7. Generar informe mensual de la respuesta a devoluciones y/o glosas, motivo y responsables.					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					
8. 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.					
9. Verificar las plataformas de las diferentes EAPB que manejen las devoluciones y glosas de forma magnética					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					
10. Realizar el descargue de soportes de los respectivos sistemas de información cuando así sea necesario para dar respuesta a la glosa y devolución					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					
11. 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.					
12. Realizar la solicitud oportuna de, autorizaciones, soportes de material de osteosíntesis y cambios de pagador al Área Correspondiente.					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					
13. Garantizar 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.					
14. 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.					
15. 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.					
16. Ejecutar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred.					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					
17. Realizar conciliación de las devoluciones y glosas tramitadas y radicadas en el mes 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					Demás actividades asignadas por la lider del proceso.					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
sistema.	
18. Ejecutar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred.	Se genero respuesta a glosa y devolucion de las empresas que notificaron objeccion a nuestra entidad como son Coosalud, Nueva eps, Capresoaca, Comfachoco, Emssanar. Etc
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR: \$ 2.852.000 – DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE	
Fecha: 30/04/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIANA MIREYA MORA MUÑOZ CC: 23562178	Fecha: 30/04/2026  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.	



RAZÓN SOCIAL :	DIANA MIREYA MORA MUÑOZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-23562178
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-21
FECHA DE PAGO:	2026-04-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	36655353
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36655353
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/05/2026
----------------------------------	------------