	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO										440235	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		1001200514							
CORREO		3118493260		CELULAR		rodriguezdayanna123@gmail							
PROCESO:		Admisiones y Autorizaciones											
SERVICIO:		Admisiones y Autorizaciones		UNIDAD:		Suba							
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:		0397-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO											
NÚMERO DE CDP: 1		165		FECHA		22/01/2026		NUMERO DE CRP: 1		9951		FECHA		01/02/2026	

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		2,520,672		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:										10,082,688			
VALOR EJECUTADO:										7,399,392			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:										2,358,048			
TOTAL HORAS CONTRATADAS:										186			
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:										174			
VALOR A LIBERAR:										0			
SALDO POR EJECUTAR:										2,683,296			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:										73.39 %			

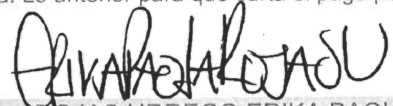
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

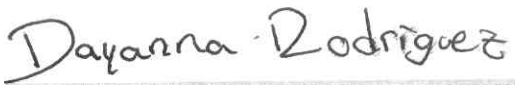
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
69406356	219,200	280,600	3	42,800	35,200	577,800
	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:


 STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO
 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: ADMISIONES Y AUTORIZACIONES

No. DE CONTRATO: 0397 -2026

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO

DOCUMENTO: 1001200514

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO III

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100,00%

No. DE CONTRATO: 0397 -2026	PERIODO CERTIFICADO	UNIDAD:			ENGATIVA		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		1	4	2026	30	4	2026
OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO III							
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente		ACTIVIDADES REALIZADAS					
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente		Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, logrando adherencia en el proceso de admisiones y autorizaciones junto con la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.					
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente		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 de la mano con el proceso de Admisiones y Autorizaciones logrando adherencia para el mejoramiento de la Calidad, 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.					
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente		Se realiza la verificación de derechos a los usuarios en los diferentes aplicativos					
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente		Se realiza impresión y/o captura de soportes para definir pagador por prestación de servicios de salud para los servicios de atención					
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente		Se realiza la admisión del paciente y se solicita autorización a las respectivas Entidades responsables de pago					
6. Revisar y hacer seguimiento al censo diario con el fin de establecer la cantidad de pacientes por servicio y su línea de pago.		Se verifica el censo diario a la cantidad de pacientes y servicio establecido					
7. Verificar la autorización, reporte y envío de anexo para solicitar prórrogas de hospitalización		Se verifica autorización, reporte de anexo para prórrogas hospitalarias					
8. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social.		Se reporta a trabajo social los pacientes que se encuentran como particulares, suspendidos o con alguna inconsistencia					
9. Notificar a las diferentes Empresas Administradoras de planes de Beneficios, las atenciones iniciales de urgencias, por vía telefónica, página Web y por correo electrónico con anexo técnico 2 y registrar la gestión realizada en los formatos establecidos por la institución.		Se notifica la atención inicial de urgencias a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios vía telefónica, página Web y por correo electrónico con anexo técnico 2					
10. Realizar seguimiento al tiempo de estancia en observación y realizar reporte a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios, pasadas las 6 horas de paciente canalizado o en observación neurológica, como inicio de la hospitalización con anexo técnico No.3		Se notifica la hospitalización a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios vía telefónica, página Web y por correo electrónico con anexo técnico 3					
11. Reportar a las diferentes Entidades Responsables de Pago las prórrogas de hospitalización con anexo técnico No.3 y registrar la gestión realizada en los formatos establecidos por la institución		Se notifica la hospitalización a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios vía telefónica, página Web y por correo electrónico con anexo técnico 3					
12. Escanear los soportes donde se evidencia la gestión realizada para la consecución de autorizaciones, guardando los soportes respectivos		Se escanea los soportes donde se evidencia gestión realizada para las autorizaciones					
13. Y las demás actividades consignadas en el contrato por OPS		Las demás actividades consignadas en el contrato por OPS					

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR TOTAL A PAGAR (2.358.048): DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO CC: 1001200514	Fecha: 30/04/2026 Firma de recibido Supervisor: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO DIRECTORA FINANCIERA
--	--

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeta a la certificación que exida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001200514	STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO		Calle 83 # 95 D 45	3860470	Rodriguezdayanna123@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
		69406356	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$577.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	2	300	0	219.200	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	280.200	0	0	0	0	2	400	0	280.600	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	42.700				42.700	2	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.100	2	100	35.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	218.900	219.200
Pensión	1	280.200	280.600
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	1	35.100	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	577.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001200514	STEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO		Calle 83 # 95 D 45	3860470	Rodriguezdayanna123@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69406356	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$577.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	USP	VST	SLN	UGE	LMA	AVP	AVC	AVG	VCT	IRL	CORRECCION	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 1001200514	RODRIGUEZ FORERO STEFANNIE DAYANNA	59	0			N																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF22	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA