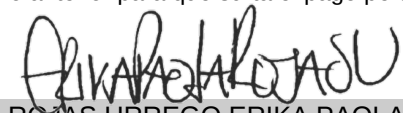


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5				
											PÁGINA: 1 DE 1				
FECHA: 16/02/2018															
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JEISSON MAURICIO CEPEDA RUIZ										440275			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1032408969							
CORREO		jeissoncepeda1627@gmail.				CELULAR		3022287120							
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:		3528-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		163		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		12957		FECHA		20/02/2026	
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		4,258,000				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:										14,335,267					
VALOR EJECUTADO:										9,651,467					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:										4,258,000					
TOTAL HORAS CONTRATADAS:										0					
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:															
VALOR A LIBERAR:										0					
SALDO POR EJECUTAR:										4,683,800					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:										67.33 %					
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									
75149548	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800									
	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,

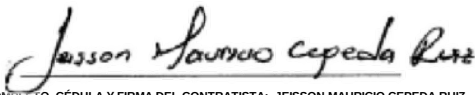
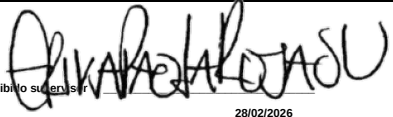


ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



JEISSON MAURICIO CEPEDA RUIZ
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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					CÓDIGO: AP-CT-F-50					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 4					
						PÁGINA : 1 DE 1					
					FECHA: 07/11/2024						
ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACION						UNIDAD:		SUBA			
No. DE CONTRATO: 3528-2026				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO						1	04	2026	30	04	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEISSON MAURICIO CEPEDA RUIZ				DOCUMENTO: 1032408969							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II 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 (%) : <u>100</u>											
OBLIGACIONES ESPECIFICAS						ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. 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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.						1. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2. Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3. Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación. 4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5. Ingreso de información confiable al Sistema de información.					
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.						Presto 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) Prestar sus servicios en las Instalaciones de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, como Tecnólogo de radicación de cuentas médicas, para que se garantice la radicación de cuentas ante los diferentes pagadores.						Desarrollo satisfactoriamente el proceso de radicación (recepcion, armado y radicación) de las relaciones de envío de los diferentes pagadores de acuerdo a la contratación vigente.					
4) Realizar seguimiento a la entrega de la totalidad de las facturas susceptibles de radicación ante los diferentes pagadores.						1. A diario realizo la descarga del correo para la recepción de las facturas en PDF generadas en las diferentes unidades de la Subred Norte 2. Se genera informe de las facturas pendientes por entregar y devoluciones de cada unidad se comparte archivo por correo electrónico a los líderes de cada unidad con copia a la Jefe de facturación. 3. Conciliación mensual de facturación del pendiente por radicar con los líderes de las unidades de acuerdo a cronograma.					
5) Llevar el control de las relaciones de envío (Cuentas de Cobro) generadas y las radicadas.						1. Se genera reporte con el consolidado de las relaciones de envío generadas y radicadas a cada pagador. 2. Se realiza seguimiento de manera diaria de las facturación pendiente por radicar de las unidades vs facturación generada					
6) Realizar generación de informes de radicación de cuentas y lo pendiente por radicar.						1. Se genera informe de acuerdo a la facturación radicada vs la facturación pendiente por radicar. 2. Se realiza archivos de factura a factura radicadas por entidad para la agenda financiera del 01 al 15 de cada mes. 3. Se realiza archivos de factura a factura radicadas por entidad para la agenda presupuestal del 01 al 20 de cada mes.					
7) Realizar trabajo en equipo con el auditor, facturador y autorizadores todo lo relacionado con la facturación y soportes para el cierre y la radicación de las facturas del área asignada bajo la Coordinación del Líder de facturación, admisiones y autorizaciones.						1. Se realiza junto con la líder de facturación el plan de trabajo para llevar a cabo satisfactoriamente el proceso de radicación. 2. Se realiza fortalecimientos de las actividades a los armadores y radicadores del Área de Radicación y Central de Acopio (Auxiliar Administrativo IV-Área de Radicación). 3. Se realiza seguimiento, control y validación de las facturas físicas y PDF que ingresen a la central de acopio a los armadores de cuentas y radicadores para que se realice su debido proceso de radicación.					
8) Hacer seguimiento y reporte periódicamente a la líder del área de los RIPS pendientes por completar y aprobar por parte de los Técnicos contratistas responsables la consolidación de RIPS del área de la prestación						Se solicita oportunamente la generación de los rips de acuerdo a las relaciones de envío generadas para llevar a cabo su radicación en los tiempos establecidos según normatividad.					
9) Generar las inconsistencias presentadas en RIPS de toda la Subred Norte, realizar la verificación validación y Radicación hasta que sean aprobados por Fondo Financiero Distrital de Salud, vinculados, gratuidad y entes territoriales.						Se realiza verificación de los rips generados y se solicita su corrección si se evidencia algún error.					
10) Programar las rutas.						Se realiza cronograma de la ruta diaria que se llevara a cabo los días de radicación garantizando la radicación de las facturas de acuerdo a los tiempos establecidos por cada entidad.					
11) . Asistir a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas.						Asistir a las reuniones y capacitaciones establecidas por la entidad y/o por la líder del proceso.					
12) Y las demás actividades consignadas en el contrato por OPS						Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo.					
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$4,258,000.) CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE											
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEISSON MAURICIO CEPEDA RUIZ CC:1032408969						 Firma de recibido sujeta a: 28/02/2026 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	1032408969	JEISSON MAURICIO CEPEDA RUIZ		Cr 5 Bis No. 41A-25 Sur	3628115	jeissoncepeda1627@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75149548	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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
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	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
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032408969	JEISSON MAURICIO CEPEDA RUIZ		Cr 5 Bis No. 41A-25 Sur	3628115	jeissoncepeda1627@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
		75149548	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$541.800	

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	SUN	ISE	LMA	VAC	AVP	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1032408969	CEPEDA RUIZ JEISSON MAURICIO	57	0		N																	231001	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.751.000	30	218.900	14-11	1.751.000	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA