

	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: CAMILA ANDREA PARRA PARRA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1012432710
CELULAR: 3214054113	CORREO ELECTRÓNICO: camilaap2019@gmail.com	SEDE: HOSPITAL CHAPINERO	CENTRO DE COSTOS: CHPR22 - ADM CONTABILIDAD USS CHAPINERO
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: ADMINISTRATIVO	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 136009730	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 421-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	163	FECHA	22/01/2026	CRP 1	9975	FECHA	01/02/2026
CDP 2	704	FECHA	20/05/2026	CRP 2	20123	FECHA	22/05/2026
CDP 3	1021	FECHA	21/07/2026	CRP 3	27734	FECHA	24/07/2026
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	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	05	2026	31 05 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 5.576.000		TIPO DE SERVICIOS: ADMINISTRATIVO			VALOR HORA / DÍA: —	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

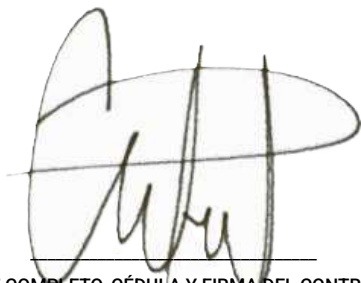
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 27.880.000
VALOR EJECUTADO	\$ 16.728.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 5.576.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 11.152.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	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
\$ 2.230.400	\$ 278.800	\$ 356.900	III	\$ 54.400	\$ 690.100	76896563

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ASTRID TERESA RUSSI GUARIN CC: 52064924	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CAMILA ANDREA PARRA PARRA CC: 1012432710
---	--	--

	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 CHAPINERO						
No. DE CONTRATO: 421-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ASTRID TERESA RUSSI GUARIN					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CAMILA ANDREA PARRA PARRA				DOCUMENTO: 1012432710						
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					
1. Depuracion y analisis contable de las cuentas por cobrar					1. Análisis de la cuenta 13, con variaciones					
2. Depuracion y analisis contable de las cuentas del ingreso					2. Análisis de la cuenta 4312, con variaciones					
3. Realizar el proceso e informe de cartera					3. Realizar conciliación con área de cartera					
4. Realizar el proceso de conciliación e informe de facturación					4. Realizar conciliación con área de facturación					
5. Realizar el proceso de conciliación e informe de glosas pendientes por contestar					5. Realizar conciliación con área de cuentas medicas					
6. Realizar el proceso de conciliación e informe de glosas definitivas					6. Realizar conciliación con área de cuentas medicas					
7. Realizar el proceso de conciliación e informe de incapacidades					7. Verificar archivo de incapacidades					
8. Realizar el proceso de conciliación, informe y seguimiento de convenios suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud					8. Realizar seguimiento a movimientos de convenios, (ejecuciones, facturación)					
9. Contabilizar las partidas producto de los analizar de la información a través de la Exportar movimientos contables del sistema de información (DINAMICA)					9. Verificación de documento en interfaces de módulos de área de gestión con módulo de contabilidad					
10. Depurar informacion contable general					10. Análisis de cuentas contables asignadas					
11. Revisar y conciliar los procesos de factura electronica con la Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN. Reportar ante los diferentes entes de control cuando se requiere.					11. Verificación de documentos en la DIAN					
12. Elaborar y presentar el informe FT004					12. Elaboración y análisis informe FT004					
13. Elaborar y presentar informe SIVICOF					13. Elaboración, análisis y presentación informe SIVICOF					
14. Elaborar y presentar informe circular 008					14. Elaboración, análisis y presentación informe circular 008					
15. Elaborar el reporte CGN trimestral y elaboración matriz mensual, y cargue del CHIP en la pagina de la CGN					15. Elaboración, análisis y presentación informe CGN y cargue CHIP					
16. Elaborar y presentar informe 2193 SIHO					16. Elaboración, análisis y presentación informe 2193 SIHO					
17. Reporte y transmisión Deudores Morosos BDME					17. Verificación Y reporte de Deudores MorososBDME					
18. Apoyo en las demás actividades que sean requeridas por el área.					18. Apoyo en las demas actividades que sean asignadas					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR:										
\$ 5.576.000 — CINCO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE										
Fecha: 31/05/2026					Fecha: 31/05/2026					
										
					FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ASTRID TERESA RUSSI GUARIN CC: 52064924					



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CAMILA ANDREA PARRA PARRA
CC: 1012432710

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	1012432710	CAMILA ANDREA PARRA PARRA		cra 89 a 46 45 sur etapa 11 casa 88	7849531	CAMILANDREA_0617@HOTMAIL.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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76896563	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,230,400	\$704.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	278.800	0		0		0	2	400	0	279.200	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
231001	Colfondos	800227940-6	356.900	0	0	0	0	2	600	0	357.500	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	54.400				54.400	2	100	54.500			544	54.500	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	13.400	2	100

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	278.800	279.200
Pensión	1	356.900	357.500
Riesgos Laborales	1	54.400	54.500
CCF	1	13.400	13.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	703.500	704.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012432710	CAMILA ANDREA PARRA PARRA		cra 89 a 46 45 sur etapa 11 casa 88	7849531	CAMILANDREA_0617@HOTMAIL.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
		76896563	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,230,400	\$704.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Calom. exterior	INA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LIA	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1012432710	PARRA PARRA CAMILA ANDREA	59	0		N																	231001	2.230.400	30	356.900	0	0	0	0	EPS002	2.230.400	30	278.800	14-11	2.230.400	30	3	54.400	CCF24	2.230.400	30	13.400	0	0	0	0	0