Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: **WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**79219488**
CELULAR: **3114856954**	CORREO ELECTRÓNICO: **wilsonalgarra17@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 AV VILLAS**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **50928147**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **224-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	165	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	12102	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	705	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19957	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1027	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	27574	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1165	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	36197	**FECHA**	26/08/2026
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	**08**	**2026**	**31**	**08**	**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:	**$ 25.668.000**
VALOR EJECUTADO	$ 17.112.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 2.852.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	–
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	–
SALDO POR EJECUTAR	$ 8.556.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**66.7 %**

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**	6028603886

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Agosto** 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
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
CC: 79219488

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN FINANCIERA**	UNIDAD: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**						
No. DE CONTRATO: **224-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ERIKA PAOLA ROJAS URREGO**		01	08	2026	31	08	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ**	DOCUMENTO: **79219488**						
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 (%): **66.7 %**							

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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Se realizan constante verificacion en el desarrollo y cambio de plataformas de EPS para radicacion y asi 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y 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.	Se retroalimenta al equipo de acuerdo a los cambios que presentan las plataformas de EPS de acuerdo normatividad vigente
3. 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	Se analizan motivos de devolucion y glosa de las empresas asignadas, se soporta de acuerdo a motivo y se radica en empresa correspondiente: ALIANSALUD 37 facturas por $18.531.904 // se contesta glosa en pagina con todos los soportes y se programa conciliacion / FAMISANAR 420 facturas por $343.801.402 / ASMET SALUD EPS SAS S 84 facturas por $204.208.319 / DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE 32 facturas por $6.454.560 / PPL 34 FACTURAS POR $64.396.851 / FUERZA AEREA 10 facturas por $10.222.323 /
4. Realizar la solicitud oportuna de RIPS, autorizaciones, soportes de material de osteosintésis y cambios de pagador al Area Correspondiente.	Se corrigen RIPS, de acuerdo a motivos de devolucion y normatividad vigente, se validan en plataformas correspondientes para posterior radicacion de las facturas de las siguientes empresas: ALIANSALUD 37 facturas por $18.531.904 // se contesta glosa en pagina con todos los soportes y se programa conciliacion / FAMISANAR 420 facturas por $343.801.402 / ASMET SALUD EPS SAS S 84 facturas por $204.208.319 / DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE 32 facturas por $6.454.560 / PPL 34 FACTURAS POR $64.396.851 / FUERZA AEREA 10 facturas por $10.222.323 /
5. 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.	Se realizan notas credito en sistema de informacion de acuerdo a aceptaciones y conciliaciones realizadas dentro de mes / Se radican notas credito en plataforma de VCO de las conciliacionnes realizadas y la glosa contestada / Se radican notas credito en sisteme de informacion DMSOC de acuerdo a aceptaciones de glosa / / / / / / / / / / /
6. Ejecutar las actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred.	Se confirman notas credito de conciliacion jefe Diana Rincon y Andrea Villamil confirmando notas correspondientes de acuerdo a aceptacion // Se realiza conciliacion de devoluciones con Eps Famisanar semanalmente, realizando notas credito, enviar xml y enviando soportes de acuerdo a requerimientos de Eps.
7. Garantizar que el 100% de las facturas que tengan aceptació por cambio de pagador, cuenten con reeplazo en el sistema de información.	Se reporta al area de facturacion para que realicen los ajustes correspondiente, para garantizar que el 100% de las facturas que tengan aceptació por cambio de pagador, cuenten con reeplazo en el sistema de información.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:

$ 2.852.000 — DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

Fecha: 31/08/2026  _____ **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ CC: 79219488	Fecha: 31/08/2026  **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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco AV Villas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79219488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 9 ESTE # 38 - 23	TELÉFONO:	3114856
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6028603886**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	555859167		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
SUBTOTAL:			1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
SUBTOTAL:			1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 42.700
SUBTOTAL:			1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

Planilla Pagada