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: **LAMBERTINO CARDENAS LEONARDO FABIO**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1104416883**
CELULAR: **3006229332**	CORREO ELECTRÓNICO: **lambertino10@outlook.es**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESR23 - ADM FACTURACION - AUTORIZACIONES Y ADMISIONES USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN FINANCIERA**		SERVICIO: **ADMINISTRATIVO**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **458270073703**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **287-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	163	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	9546	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	704	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	20013	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1021	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	27629	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1166	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	36252	**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: **$ 4.258.000**	TIPO DE SERVICIOS: **ADMINISTRATIVO**	VALOR HORA / DÍA: **–**

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

REVISADO PLANILLA Y VALOR OK

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 38.322.000**
VALOR EJECUTADO	$ 25.548.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 4.258.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	–
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	–
SALDO POR EJECUTAR	$ 12.774.000
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**	94168892

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
LAMBERTINO CARDENAS LEONARDO FABIO
CC: 1104416883

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: **287-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ERIKA PAOLA ROJAS URREGO**		01	08	2026	31	08	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LAMBERTINO CARDENAS LEONARDO FABIO**	DOCUMENTO: **1104416883**						
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 Prestar sus servicios personales en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. como Profesional Universitario II para el proceso de recopilación de información y generación de informes.	1 Se prestaron los servicios en las instalaciones de la Subred Norte E.S.E., participando activamente en la recopilación, consolidación y análisis de información del área de facturación, garantizando la disponibilidad oportuna de datos para la toma de decisiones.
2 Realizar todos los informes consolidados requeridos tanto por el cliente interno como por clientes externos y entes de control.	2 Se elaboraron y entregaron informes consolidados de producción, facturación y cartera solicitados por áreas internas (gerencia, auditoría) y externos (Secretaría Distrital de Salud, Supersalud), dentro de los plazos establecidos.
3 Realizar interface mensual de facturación y contabilidad para la respectiva conciliación.	3 Se ejecutó la interface mensual entre el módulo de facturación y el sistema contable, verificando la correcta transmisión de registros y documentando las diferencias encontradas para su ajuste oportuno.
4 Realizar conciliación con contabilidad y cartera de forma mensual y cuando sea requerido.	4 Se realizó la conciliación mensual de saldos entre facturación, contabilidad y cartera, identificando y solucionando inconsistencias en los registros, asegurando la integridad de la información financiera.
5 Realizar seguimiento a la facturación pendiente por radicar.	5 Se elaboró y actualizó el reporte de facturas pendientes por radicar, identificando las causas de demora, gestionando con las áreas responsables su corrección y radicación dentro de los tiempos contractuales pactados con las EAPB.
6 Solicitar al área de cartera las notas crédito cuando sea necesario.	6 Se identificaron los casos que requerían notas crédito (devoluciones, ajustes de valor, anulaciones), se formalizaron las solicitudes al área de cartera con la documentación soporte correspondiente y se realizó seguimiento hasta su aplicación.
7 Generar las facturas de convenios y demás requeridas por las diferentes áreas.	7 Se generaron las facturas de los convenios vigentes y las requeridas por las diferentes áreas de la institución, verificando que contengan la información correcta del servicio prestado, tarifas pactadas y datos del paciente conforme a la normativa vigente.
8 Revisar diariamente el correo interno institucional y responder cuando sea necesario.	8 Se realizó revisión diaria del correo institucional, dando respuesta oportuna a las comunicaciones del área de facturación, coordinando con otras dependencias y documentando los compromisos adquiridos para su seguimiento.
9 Revisión diaria de la herramienta Agilsalud para contestación y soporte de requerimientos del área de facturación.	9 Se revisó diariamente la herramienta Agilsalud, atendiendo los requerimientos asignados al área, registrando las respuestas técnicas y documentos soporte necesarios para el cierre de cada solicitud dentro de los tiempos definidos por el SLA institucional.
10 Apoyar el proceso de actualización de procedimientos e instructivos del área de facturación.	10 Se participó en la revisión y actualización de procedimientos e instructivos del área conforme a los cambios normativos y operativos, contribuyendo con la documentación técnica necesaria para mantener el sistema de gestión de calidad vigente.
11 Mantener organizados los archivos de los procesos del área asignada.	11 Se organizaron y depuraron los archivos físicos y digitales del área de facturación, aplicando la Tabla de Retención Documental (TRD) institucional, garantizando la trazabilidad, conservación y disponibilidad de los documentos para consulta y auditoría.
12 Hacer seguimiento a los cargos pendientes por facturar y generar informe mensual.	12 Se realizó seguimiento mensual a los cargos generados en el sistema de información que permanecen pendientes de facturación, identificando causas, gestionando correcciones y presentando el informe de estado al interventor del contrato.
13 Aceptar y cumplir con las normas y procedimientos médicos, científicos y administrativos relacionados con facturación.	13 Se dio cumplimiento a la normativa vigente en facturación de salud (Res. 3047/2008, Res. 2263/2004, Acuerdo 4725 SOAT, entre otras), aplicando correctamente los procedimientos administrativos definidos

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
	por la institución en cada proceso de facturación.
14 Manejar el sistema de información utilizado por la Subred para el proceso de facturación.	14 Se utilizó de manera eficiente el sistema de información institucional para la generación, consulta, ajuste y cierre de facturas, realizando las parametrizaciones necesarias y reportando al área de sistemas las novedades técnicas identificadas.
15 Contribuir y apoyar los procesos de mejoramiento continuo institucional enfocados en facturación.	15 Se participó en los ciclos PHVA del área, identificando oportunidades de mejora en los procesos de facturación, proponiendo acciones correctivas y preventivas, y haciendo seguimiento a los indicadores de gestión establecidos.
16 Realizar actividades de revisoría administrativa a cuentas médicas y auditoría a procedimientos de facturación.	16 Se ejecutaron revisiones administrativas a cuentas médicas verificando la consistencia entre la historia clínica, los servicios registrados y los soportes de facturación, detectando y corrigiendo inconsistencias antes de la radicación a las EAPB.
17 Realizar cruces de bases de datos de cuentas médicas para presentación a las EAPB.	17 Se realizaron cruces de bases de datos de cuentas médicas utilizando herramientas ofimáticas avanzadas (Excel, tablas dinámicas, VLOOKUP), verificando la consistencia de la información antes de su presentación a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
18 Evaluar la información y comunicar inconsistencias detectadas en la generación de facturas.	18 Se identificaron y comunicaron al equipo de facturación las inconsistencias detectadas en el proceso de generación de facturas (errores de codificación, tarifas incorrectas, datos del afiliado), estableciendo acciones correctivas inmediatas para minimizar devoluciones.
19 Contribuir a la disminución del porcentaje de glosa y aplicar medidas de mejora.	19 Se analizaron las glosas recibidas por tipo y EAPB, identificando causas raíz, implementando medidas correctivas en el proceso de facturación y haciendo seguimiento mensual al indicador de glosa, logrando una tendencia a la baja en el período reportado.
20 Apoyar el proceso de contestación a devolución de facturas.	20 Se participó en la revisión y gestión de facturas devueltas, preparando los soportes técnicos y administrativos necesarios para la contestación formal, verificando el cumplimiento de los requisitos de las EAPB y realizando las correcciones pertinentes para su re-radicación.
21 Entregar mensualmente informe de actividades desarrolladas al interventor del contrato.	21 Se elaboró y entregó oportunamente el informe mensual de actividades al interventor del contrato, describiendo las tareas ejecutadas, el cumplimiento de las obligaciones contractuales y las novedades relevantes del período.
22 Responder por el buen uso y mantenimiento de equipos e implementos asignados.	22 Se realizó el uso adecuado de los equipos de cómputo y demás implementos asignados, reportando oportunamente al área de sistemas cualquier falla técnica y manteniendo en óptimas condiciones los elementos de trabajo bajo custodia.
23 Brindar atención humanizada integral con calidad y respeto.	23 Se brindó atención con trato digno, empático y respetuoso a usuarios internos y externos, orientando de manera clara y oportuna sobre los procesos de facturación, contribuyendo a una experiencia positiva en la prestación del servicio.
24 Cumplir las normas institucionales y entregar oportunamente seguridad social e informe mensual.	24 Se dio cumplimiento a las normas institucionales vigentes, entregando oportunamente los soportes de seguridad social (salud, pensión, ARL) y el informe mensual de actividades dentro de los plazos establecidos por el contrato.
25 Informar con 30 días de antelación la terminación unilateral del contrato.	25 Se tiene conocimiento y acatamiento de la cláusula contractual que establece la notificación previa de 30 días calendario ante una eventual terminación unilateral, comprometiendo el cumplimiento de este requisito en caso de ser necesario.
26 Asistir a capacitaciones y reuniones institucionales.	26 Se asistió a las capacitaciones programadas por la institución en temas de facturación, normativa en salud, sistema de gestión de calidad y seguridad de la información, así como a las reuniones del área y las convocadas por la gerencia.
27 Dar respuesta oportuna a manifestaciones, quejas, sugerencias y reclamos.	27 Se atendieron y gestionaron las manifestaciones, quejas, sugerencias y reclamos relacionados con el área de facturación, registrando cada caso en el sistema PQSR institucional y dando respuesta dentro de los tiempos definidos por la normativa vigente.
28 Realizar las demás actividades asignadas para fortalecer los procesos del área.	28 Se ejecutaron las actividades adicionales asignadas por el coordinador o interventor del área, orientadas al fortalecimiento operativo y administrativo del proceso de facturación, demostrando disposición, proactividad y compromiso institucional.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:
$ 4.258.000 — CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

Fecha: 31/08/2026 **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** LAMBERTINO CARDENAS LEONARDO FABIO CC: 1104416883	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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1104416883	LEONARDO FABIO LAMBERTINO CARDENAS	CALLE 64 B N 111 B 18	3006229332	LAMBERTINO10@OUTLOOK.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94168892	14/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1104416883	LEONARDO FABIO LAMBERTINO CARDENAS	CALLE 64 B N 111 B 18	3006229332	LAMBERTINO10@OUTLOOK.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94168892	14/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1104416883	LAMBERTINO CARDENAS LEONARDO FABIO	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información