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	09	2026	30	09	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	$ 19.964.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 2.852.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	–
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	–
SALDO POR EJECUTAR	$ 5.704.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**77.8 %**

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**	6031584973

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Septiembre** 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	09	2026	30	09	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 (%): **77.8 %**							

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 50 facturas por $38.631.904 // se contesta glosa en pagina con todos los soportes y se programa conciliacion / FAMISANAR 510 facturas por $253.113.402 / ASMET SALUD EPS SAS S 63 facturas por $123.806.625 / DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA 3 facturas por $1.807.068 / DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE 26 FACTURAS POR $17.748.613 / PPL 18 FACTURAS POR $30.178.515 / FUERZA AEREA 5 facturas por $1.796.900 /
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 50 facturas por $38.631.904 // se contesta glosa en pagina con todos los soportes y se programa conciliacion / FAMISANAR 510 facturas por $253.113.402 / ASMET SALUD EPS SAS S 63 facturas por $123.806.625 / DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA 3 facturas por $1.807.068 / DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE 26 FACTURAS POR $17.748.613 / PPL 18 FACTURAS POR $30.178.515 / FUERZA AEREA 5 facturas por $1.796.900 /
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: 30/09/2026 **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ CC: 79219488	Fecha: 30/09/2026 **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 IN
S

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILSON YESID ALGARRA B
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRI
DIRECCIÓN:	CARRERA 9 ESTE # 38 - 23	TELÉFONO:	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoy
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN
CÓDIGO	NOMBRE		
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.20
SUBTOTALES:			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$
SUBTOTALES:				

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZA
14-11	14-11 - ARL SURA	1	
SUBTOTALES:			