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: **CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1032368478**
CELULAR: **3502174972**	CORREO ELECTRÓNICO: **catalu65@gmail.com**	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: **4870449792**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **4482-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **1.5**	

CDP 1	704	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 1**	23156	**FECHA**	18/06/2026
CDP 2	1166	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 2**	36414	**FECHA**	26/08/2026
CDP 3	–	**FECHA**	–	**CRP 3**	–	**FECHA**	–
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	**09**	**2026**	**30**	**09**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 3.904.000**	TIPO DE SERVICIOS: **ADMINISTRATIVO**	VALOR HORA / DÍA: **–**

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

Por favor, realizar nuevamente la carga y validar el orden de las actividades. Gracias • REVISADO PLANILLA Y VALOR OK

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 17.177.600**
VALOR EJECUTADO	$ 9.369.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.904.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	–
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	–
SALDO POR EJECUTAR	$ 7.808.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**54.5 %**

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**	1084248145

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
CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES
CC: 1032368478

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: **4482-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ERIKA PAOLA ROJAS URREGO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES**	DOCUMENTO: **1032368478**						
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 (%): **54.5 %**							

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 I para que se desarrolle el proceso de recopilación de información, generación de informes	1. Se prestaron los servicios personales en las Instalaciones de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, como Profesional Universitario I para que se desarrolle el proceso de recopilación de información, generación de informes
2. Realizar todos los informes consolidados requeridos tanto por el cliente interno, como por clientes externos y entes de control. Realizar Interface mensual de facturación y contabilidad para la respectiva conciliación	2. Se realizo todos los informes consolidados requeridos tanto por el cliente interno, como por clientes externos y entes de control. Realizar Interface mensual de facturación y contabilidad para la respectiva conciliación
3.Realizar trabajo en equipo con el técnico, facturador y demás áreas implicadas en todo lo relacionado con la fcaturación y soportes para el cierre y la radicación de facturas bajo la supervisión del referente de facturación	3.Se realizo trabajo en equipo con el técnico, facturador y demás áreas implicadas en todo lo relacionado con la fcaturación y soportes para el cierre y la radicación de facturas bajo la supervisión del referente de facturación
4.Verificar que se realice la radicación de cuentas de todos los pagadores con la generacion de RIPS y soportes documentales requeridos por cada uno de los pagadores.	4.Se verifico que se realice la radicación de cuentas de todos los pagadores con la generacion de RIPS y soportes documentales requeridos por cada uno de los pagadores.
5.Realizar seguimiento a la recepción de facturas no entregadas para la radicación de cuentas.	5.Se realizo seguimiento a la recepción de facturas no entregadas para la radicación de cuentas.
6.Realizar conciliación con contabilidad y cartera de forma mensual y cuando sea requerido	6.Se realizo conciliación con contabilidad y cartera de forma mensual y cuando sea requerido
7.Realizar seguimiento a la facturación pendiente por radicar	7.Se realizo seguimiento a la facturación pendiente por radicar
8.Solicitar al área de cartera las notas crédito cuando así sea necesario.	8.Se realizosolicitudes al área de cartera las notas crédito cuando así sea necesario.
9.Revisar de forma diaria el correo interno como medio de comunicación institucional y dar respuesta cuando es necesario	9.Se realizo revision de forma diaria el correo interno como medio de comunicación institucional y dar respuesta cuando es necesario
10.Revisión diaria la herramienta Agilsalud para contestación y soporte de requerimientos del área Facturación (Radicación).	10.Se realizo revisión diaria la herramienta Agilsalud para contestación y soporte de requerimientos del área Facturación (Radicación).
11.Apoyar el proceso de actualización de procedimientos e instructivos del área de Facturación (Radicación), cuando así sea requerido.	11.Se realizo apoyo en el proceso de actualización de procedimientos e instructivos del área de Facturación (Radicación), cuando así sea requerido.
12.Mantener los archivos de los procesos del área asignada facilitando su utilización conservación y custodia de toda la subred frente a la información tramitada en el desarrollo de sus actividades.	12.Se realizo matenimiento a los archivos de los procesos del área asignada facilitando su utilización conservación y custodia de toda la subred frente a la información tramitada en el desarrollo de sus actividades.
13.Manejar el sistema de Información utilizado por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, para el proceso de facturación.	13.Se manejo el sistema de Información utilizado por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, para el proceso de facturación.
14.Contribuir y apoyar los procesos de mejoramiento continuo institucional enfocados en el área de facturación.	14.Se realizo contribucion y apoyo a los procesos de mejoramiento continuo institucional enfocados en el área de facturación.
15.Realizar actividades de revisoría administrativa a las cuentas medicas sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad de la facturación; dicha revisión deberá realizarse dentro de los parámetros que establezca el referente de facturación, al igual que auditoria a procedimientos de facturación	15.Se realizo actividades de revisoría administrativa a las cuentas medicas sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad de la facturación; dicha revisión deberá realizarse dentro de los parámetros que establezca el referente de facturación, al igual que auditoria a procedimientos de facturación
16.Realizar todas las actividades como el cruce de bases de datos de las diferentes cuentas médicas que se deban	16.Se realizo todas las actividades como el cruce de bases de datos de las diferentes cuentas médicas que se deban presentar a las diferentes

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
presentar a las diferentes EAPB de acuerdo con el modelo de facturación de la subred	EAPB de acuerdo con el modelo de facturación de la subred
17.Evaluar la información y comunicar las inconsistencias detectadas en el proceso de generación de la factura y la aplicación de las acciones de mejoramiento pertinentes.	17.Se realizo la información y comunicar las inconsistencias detectadas en el proceso de generación de la factura y la aplicación de las acciones de mejoramiento pertinentes.
18.Apoyar el proceso de contestación a devolución de facturas.	18.Se brindo apoyo al proceso de contestación a devolución de facturas.
19.Entregar al interventor del contrato mensualmente informe de las actividades desarrolladas	19.Se entrego al interventor del contrato mensualmente informe de las actividades desarrolladas
20.Responder económicamente cuando se genere detrimento patrimonial por omisión o acción comprobada y relacionada con el incumplimiento de sus actividades y que generen glosa definitiva total o parcial de la factura, por lo cual se realiza el descuento respectivo del pago mensual dando cumplimiento a la normatividad vigente.	20.Se respondio económicamente cuando se genere detrimento patrimonial por omisión o acción comprobada y relacionada con el incumplimiento de sus actividades y que generen glosa definitiva total o parcial de la factura, por lo cual se realiza el descuento respectivo del pago mensual dando cumplimiento a la normatividad vigente.
21.Responder por el buen uso y mantenimiento de los equipos e implementos asignados en su puesto de trabajo. 22.Brindar atención Humanizada integral, con calidad y respeto usuario, su familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución	21.Se respondio por el buen uso y mantenimiento de los equipos e implementos asignados en su puesto de trabajo. 22.Brindar atención Humanizada integral, con calidad y respeto usuario, su familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución
22.Brindar atención Humanizada integral, con calidad y respeto usuario, su familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución	22.Se brindo atención Humanizada integral, con calidad y respeto usuario, su familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución
23.Cumplir las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de sus actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad Social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista.	23.Se cumplio las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de sus actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad Social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista.
24.Asistir a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas.	24.Asisti a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas.
25.Dar respuesta oportuna a las manifestaciones, quejas, sugerencias, reclamos y solicitudes realizadas por los diferentes usuarios y clientes tanto internos como externos	25.Se dio respuesta oportuna a las manifestaciones, quejas, sugerencias, reclamos y solicitudes realizadas por los diferentes usuarios y clientes tanto internos como externos
26.Las demás que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área..	26.Se realizo las demás que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área..

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:

$ 3.904.000 — TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026



_____

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES
CC: 1032368478

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.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-04, 08:26:11 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1084248145

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-09-04 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATHERIN SANCHEZ BENAVIDEZ				
Documento	CC 1032368478	**Dirección**	CL 48B SUR #27 - 35		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3502174972		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032368478		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					SANCHEZ BENAVIDES CATHERIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.750.905	231001		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	CCF24	2 %	$ 1.750.905	$ 35.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!