

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5	
		PÁGINA: 1 DE 1		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MEDINA RIVERA CARLOS ARTURO										428976	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				11436141			
CORREO		carlosarturomedin@gmail.				CELULAR				3102570909			
PROCESO:		Cartera y Glosas											
SERVICIO:		Cartera y Glosas				UNIDAD:				Suba			
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		A00											
BANCO		28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA			
NUMERO CUENTA BANCARIA		0											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:					0282-2026					N° DE PAGOS DEL CONTRATO					
NÚMERO DE CDP: 1		165		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		9541		FECHA		01/02/2026	

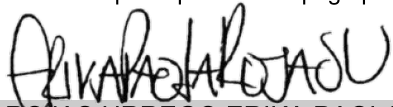
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN													
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					01	02	2026		28	02	2026		
TIPO SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				0	
VALOR MES		2,852,000										VALOR LETRAS	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.													

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	11,408,000
VALOR EJECUTADO:	2,852,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,852,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	8,556,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	25.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:						
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.						
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
1078531386	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

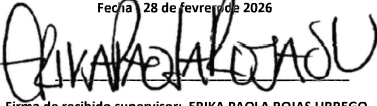


ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



MEDINA RIVERA CARLOS ARTURO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50						
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 4						
			PÁGINA : 1 DE 1						
		FECHA: 07/11/2024							
ÁREA Y/O SERVICIO: CARTERA Y CUENTAS MÉDICAS		UNIDAD:		SUBA					
No. DE CONTRATO: 0282-2025		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO				1	02	26	28	2	26
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA		DOCUMENTO: 11.436.141							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como tecnico administrativo II, en cartera y cobro coactivo de la Subred Integrada de Servicios de									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%									
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.				1. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2. Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3. Aportar lo necesario para la implementación del sistema único de acreditación. 4. Asistir a las capacitaciones previstas por la Subred. 5. Asegurar el ingreso confiable de la información, al sistema de información.. 6. Presentación de Informes bajo los parámetros e indicaciones establecidas. 7. Cumplimiento en las entregas de la información solicitada. 8. Seguimiento al proceso para mantener estándares de funcionamiento y mejora.					
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.				1. Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos del proceso de Cartera. 2. Brindar una atención respetuosa tanto al cliente externo como a los funcionarios de la institución. 3. Manejo adecuado del sistema de información.. 4. Revisión de la información del área de cartera. 5. Registro y uso adecuado del sistema de información.					
3. Garantizar la gestión de recaudo ante el pagador de acuerdo a la trazabilidad de la factura hasta que este quede subsanada para el Hospital.				Verificación de los ingresos correspondientes a las cuentas de las Subred.. 1. Verificación de los movimientos en las cuentas de la Subred. Hacerle seguimiento por los diferentes portales a los pagos para la verificación de cada pagador.					
3. Aplicar pagos en el sistema de información generados del recaudo de los diferentes pagadores factura a factura.				Apoyo de gestión e identificación de pagos y realización de Recibos de Caja.. 1. Se identificaron los pagadores a los ingresos conciliados, se realizaron los recibos por anticipos y por otros conceptos.					
4. Efectuar cruces contables con las diferentes áreas garantizando la depuración de cartera.				Apoyo a la generación de información entes internos y externos. 1. Se realiza la certificación de ingresos correspondiente al mes en curso, la cual se remite a las áreas de tesorería y presupuesto. 2. Se entrega la información al área de facturación para la presentación del informe FT025, informe que solicita la Superintendencia Nacional de Salud.					
5. Efectuar cruces contables con el área de cartera garantizando la depuración de cartera de los procesos que se encuentren en Cobro Coactivo.				Apoyo en la entrega del proceso de Cobro Coactivo y procesos ejecutivos. 1. Conciliación con el área de cartera para actualización de los estados de cartera que se encuentran en el proceso administrativo de Cobro Coactivo y procesos ejecutivos.					
6. Asistir con soportes y demás necesidades al área de cartera.				Asistir con documentos a la líder de Cartera.. 1. Se obtuvo la información que permitiera la contestación a los derechos de petición y solicitudes de otras dependencias de la Subred Norte.					
7. Participar en actividades inherentes al área que se requiera por necesidad de los procesos de la Subred.				Obtención de la información que permitiera el trabajo del área. 1. Radicación de Oficios ante Control interno, ADRES, Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social oficios de suma importancia.					
8. Participar de otras actividades propias del proceso de cartera				Participar de otras actividades propias del proceso de cartera. 1. Apoyo a la obtención de la información de las USS que conforman la Subred, que permitio la realización de informes para áreas internas y entes externos. 2. Apoyar a la secretaria Técnica del Comité de Ingresos					
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2.852.000 (Dos millones ochocientos cincuenta y dos mil pesos M/CTE)									
 CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA CC: 11.436.141				 Firma de recibido supervisor: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO DIRECTOR FINANCIERO					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.									



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2026-02-11, 07:28:49 AM

Tipo PlanillaI

Número Planilla1078531386

Periodo Cotización202601

Periodo Servicio202601

Cliente:

PAGADA 2026-02-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA						
Documento	CC 11436141			Dirección	CR 109A #71 A - 41 APT 201		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3102570909		
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 11436141		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				MEDINA RIVERA CARLOS ARTURO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades													Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TAE	TAP	VSP	CCR	VEF	RE	LMA	VAC	MDT	IRP	Días AFP				Días EPS	Días AFP	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	0			\$ 1.423.500	25-14	16 %	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0		EPS017		12,5 %	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.750.905	\$ 42.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
										\$ 541.800