Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**11436141**
CELULAR: **3102570909**	CORREO ELECTRÓNICO: **carlosarturomedin@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 FALABELLA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **111680131231**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **282-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	165	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	9541	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	705	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	20008	**FECHA**	22/05/2026
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	**05**	**2026**	**31**	**05**	**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:	**$ 14.260.000**
VALOR EJECUTADO	$ 8.556.000
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	**60.0 %**

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**	1081167023

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Mayo** 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
CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA
CC: 11436141

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: **282-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ERIKA PAOLA ROJAS URREGO**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA**	DOCUMENTO: **11436141**						
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 (%): **60.0 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Apoyar la elaboración de informes y diligenciamiento de información en plataformas	Apoye la elaboración de informes y diligenciamiento de información y la tadicacion en las diferente plataformas usadas por el area
Identificar los pagos para legalización	Se verificaron los ingresos a las cuentas de las Subred, identificandolos pagadores correspondientes
Legalizar los ingresos ante tesorería elaborando los recibos de caja.	Se legalizaron los ingresos ante tesorería elaborando los recibos de caja.
Analizar y conciliar la información entre las Áreas de Cartera y Tesorería (Recaudo).	Se concilio la información entre las Áreas de Cartera y Tesorería (Recaudo).
Radicar en el sistema de información todas las relaciones de envío generadas por el Area de Facturación para radicar las facturas generadas por prestación de servicios de la Subred	Se radicaron en el sistema de información todas las relaciones de envío generadas por el Area de Facturación
Confirmar y realizar la radicación en el sistema de información de las facturas generadas por incapacidades con Talento Humano	Se radicaron en el sistema de información todas las relaciones de envío generadas por el Area de Facturación
Cruzar y conciliar la facturación radicada y pendiente por radicar con el Area de Facturación	Se cruzo y concilio la facturación radicada y pendiente por radicar con el Area de Facturación
Realizar la aplicación de notas débito y crédito en el sistema de información	Se aplicaron las notas débito y crédito en el sistema de información
Conciliar las notas credito y debito realizadas frente a las solicitadas por las Areas de Facturación, Cartera y Cuentas Médicas.	Se conciliaron las notas credito y debito realizadas frente a las solicitadas por las Areas de Facturación, Cartera y Cuentas Médicas.
Apoyar en la realización, construcción y análisis de informes solicitados por el jefe del Área	Sere realizaron, construyeron y analizaron los informes solicitados por el jefe del Área
Parametrizar el sistema de información	Se realizaron la sobservaciones pertinentes a laparematrizacion del sistema de informacion Dinamica DGH
Parametrizar Modulo de cartera validación de reportes y cierre	Se realizaron la sobservaciones pertinentes a laparematrizacion del sistema de informacion Dinamica DGH
Otras actividades propias del proceso de cartera.	Se realizaron la actividades solicitadas por el superviosr, entre optras, elaboracion acta comité de ingresos y elanoracion y autenticacion de poderes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:
$ 2.852.000 — DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026 **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA CC: 11436141	Fecha: 31/05/2026 **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 2026-05-12, 12:24:21 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1081167023

Periodo Cotización 202604 **Periodo Servicio** 202604

Cliente:

PAGADA 2026-05-12

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. 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	0			$ 1.750.905	25-14		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	NIN-CC	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

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!