

	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: 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																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>165</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>705</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>1027</td><td>FECHA</td><td>21/07/2026</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>1165</td><td>FECHA</td><td>26/08/2026</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	165	FECHA	22/01/2026	CDP 2	705	FECHA	20/05/2026	CDP 3	1027	FECHA	21/07/2026	CDP 4	1165	FECHA	26/08/2026	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>9541</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>20008</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>27624</td><td>FECHA</td><td>24/07/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>36247</td><td>FECHA</td><td>26/08/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	9541	FECHA	01/02/2026	CRP 2	20008	FECHA	22/05/2026	CRP 3	27624	FECHA	24/07/2026	CRP 4	36247	FECHA	26/08/2026	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	165	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	705	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	1027	FECHA	21/07/2026																																														
CDP 4	1165	FECHA	26/08/2026																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	9541	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	20008	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	27624	FECHA	24/07/2026																																														
CRP 4	36247	FECHA	26/08/2026																																														
CRP 5	—	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.)

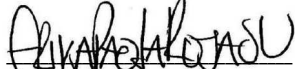
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

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	1084331256

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 CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA CC: 11436141
---	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50			
							VERSIÓN: 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						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	09	2026	30	09	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 (%): 77.8 %										
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 tadication 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 sobseervaciones pertinentes a laparematrizacion del sistema de informacion Dinamica DGH					
Parametrizar Modulo de cartera validación de reportes y cierre					Se realizaron la sobseervaciones 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										
<div>Fecha: 30/09/2026</div> <div></div> <div>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CARLOS ARTURO MEDINA RIVERA CC: 11436141</div>					<div>Fecha: 30/09/2026</div> <div></div> <div>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804</div>					

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-10, 03:25:17 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1084331256
Periodo Cotización 202608 Periodo Servicio 202608
Cliente:

PAGADA 2026-09-10

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 AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

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	

