

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

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> PAEZ PADILLA MARIA ALEXANDRA		386724
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> Cedula	<b>No.</b>	1010143509
<b>CORREO:</b> diosesamor2830@gmail.com	<b>CELULAR</b>	3138041567
<b>PROCESO:</b> Urgencias		
<b>SERVICIO:</b> Urgencias		<b>UNIDAD:</b> Suba - SUB
<b>CENTRO DE COSTOS</b>	Centro de costo A00	%
<b>BANCO</b>	4	<b>TIPO CUENTA</b>
<b>NUMERO CUENTA BANCARIA</b>		04513636704
		<b>AHORROS</b>

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 1787-2025		<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO</b>	
<b>NÚMERO DE CDP: 1</b>	197	<b>FECHA</b>	28/01/2025
<b>NÚMERO DE CDP: 2</b>	603	<b>FECHA</b>	15/04/2025
<b>NÚMERO DE CDP: 3</b>	642	<b>FECHA</b>	24/04/2025
<b>NÚMERO DE CDP: 4</b>	715	<b>FECHA</b>	20/05/2025
<b>NÚMERO DE CRP: 1</b>	9056	<b>FECHA</b>	01/02/2025
<b>NÚMERO DE CRP: 2</b>	20780	<b>FECHA</b>	17/04/2025
<b>NÚMERO DE CRP: 3</b>	22914	<b>FECHA</b>	30/04/2025
<b>NÚMERO DE CRP: 4</b>	26467	<b>FECHA</b>	26/05/2025

**OBJETO:** AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS

<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>DESDE</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>HASTA</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
		01	05	2025		31	05	2025

**TIPO SERVICIOS** Asistencial **RESERVA DE GLOSA 2%** 0

**VALOR MES** 2,187,732 **VALOR LETRAS**

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:	9,456,648
VALOR EJECUTADO:	9,315,504
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,117,160
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	180
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	141,144
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.51 %

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
9484771318	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	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,

**SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**PAEZ PADILLA MARIA ALEXANDRA**  
 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.

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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

<b>ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS PEDIÁTRICAS</b>				<b>UNIDAD:</b>		<b>HOSPITAL CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO</b>	
<b>No. DE CONTRATO: 1787 - 2025</b>		<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO</b>				1	5	2025	31
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA ALEXANDRA PAEZ PADILLA</b>		<b>DOCUMENTO: 1010143509</b>					



**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución

**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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	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, Auditoría 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.	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.
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.
4. Realizar entrega de muestras de patología.	Realizar entrega de muestras de patología.
5. Realizar entrega de hemoderivados a los diferentes servicios.	Realizar entrega de hemoderivados a los diferentes servicios.
6. Cumplir con el manejo de seguridad del paciente, trato digno y humano.	Cumplir con el manejo de seguridad del paciente, trato digno y humano.
7. Realizar entrega de cadáver a patología cumpliendo con el instructivo establecido.	Realizar entrega de cadáver a patología cumpliendo con el instructivo establecido.
8. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.
9. Realizar el recibo y entrega de turno, cumplir con las actividades asignadas y realizar la atención al paciente teniendo en cuenta la privacidad.	Realizar el recibo y entrega de turno, cumplir con las actividades asignadas y realizar la atención al paciente teniendo en cuenta la privacidad.
10. Registrar de manera completa, legible y oportuna los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Registrar de manera completa, legible y oportuna los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.
11. Adaptar a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Adaptar a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.
12. Cumplir con la adherencia al Manual de Bioseguridad.	Cumplir con la adherencia al Manual de Bioseguridad.
13. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.
14. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.

**OBSERVACIONES: 180 HORAS**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE \$2,117,160 DOS MILLONES CIENTO DIEZ Y SIETE MIL CIENTO SESENTA PESOS**

 MARIA ALEXANDRA PAEZ PADILLA CC: 1010143509	Fecha : 31/05 /2025  Firma de recibido  supervisor: _____
---	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010143509		PAEZ PADILLA MARIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 143 # 150d 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138041567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1000002263	9484771318	I	2025/05/06	2025/05/12	BANCO DE BOGOTA	6	\$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC 1010143509	PAEZ MARIA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010143509		PAEZ PADILLA MARIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 143 # 150d 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138041567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	100002263	9484771318	I	2025/05/06	2025/05/12	BANCO DE BOGOTA	6	\$442,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$1,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$442,300</b>	