

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | PEÑA FONSECAJULIA ROSA | | | | | | | | 391105 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | | 24202702 | | | | | | | | |
| CORREO | null | CELULAR | | null | | | | | | | | |
| PROCESO: | Unidad de Recien Nacidos | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | Unidad de Recien Nacidos | | | | UNIDAD: | | | | Simon Bolivar | | | |
| 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: | | 4941-2025 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 642 | FECHA | 24/04/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 24574 | FECHA | 01/05/2025 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 716 | FECHA | 21/05/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 25935 | FECHA | 26/05/2025 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 871 | FECHA | 24/06/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 31684 | FECHA | 30/06/2025 | | | | | |
| OBJETO: | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS DENTRO DE LOS | | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | | 01 | 06 | 2025 | | 30 | 06 | 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 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: | 5,292,900 |
| VALOR EJECUTADO: | 5,292,900 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 3,175,740 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 270 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

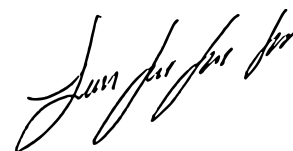
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 86721695 | 179,400 | 229,600 | 3 | 35,000 | 0 | 444,000 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

CERTIFICADO USS R


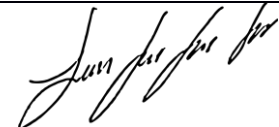

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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




SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PEÑA FONSECAJULIA ROSA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|----------------------------|--|------------|------------|-------------|------------|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | CÓDIGO: AP-CT-F-50 | | | | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | | | VERSIÓN: 4 | | | | |
| | GESTIÓN CONTRACTUAL | | | PÁGINA: 1 DE 1 | | | | |
| | | | FECHA: 07/11/2024 | | | | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: UCIP - HSBJ03 //U. ESP UCI PEDIÁTRICA USS SIMÓN BOLÍVAR | | | UNIDAD: | HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR | | | | |
| No. DE CONTRATO: 4941-2025 | | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO | | 1 | 06 | 2025 | 30 | 06 | 2025 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: PEÑA FONSECAJULIA ROSA | | | DOCUMENTO: 24202702 | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION, URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con las necesidades de la institución. | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100% | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES CONTRATADAS | | | | 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 con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. | | | | Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. | | | | |
| 4. Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado. | | | | Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado. | | | | |
| 5. Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás). | | | | Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás). | | | | |
| 6. Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio. | | | | Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio. | | | | |
| 7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | | | | Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | | | | |
| 8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio. | | | | Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio. | | | | |
| 9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. | | | | Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. | | | | |
| 10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional. | | | | Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional. | | | | |
| 11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. | | | | Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. | | | | |
| 12. Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc.) | | | | Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc.) | | | | |
| OBSERVACIONES: 270 HORAS EJECUTADAS | | | | | | | | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$3175740) TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS | | | | | | | | |
|  PEÑA FONSECAJULIA ROSA 24202702 | | | | Fecha: <u>30</u> / <u>06</u> / <u>2025</u> Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO  | | | | |
| Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | | | | | |

Información básica de la planilla

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Empresa: | JULIA ROSA PEÑA FONSECA | NIT: | 24202702 |
| Tipo Planilla: | I | Periodo liquidación Pensiones: | mayo 2025 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL | Periodo liquidación Salud: | mayo 2025 |
| Número de Radicación: | 86721695 | Total a pagar: | \$444,000 |
| Fecha de vencimiento: | 04/06/2025 | Total de empleados: | 1 |
| Fecha de Pago: | 16/06/2025 | Número de Administradoras: | 3 |

Detalles del pago

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Razón social recaudo: | Compensar OI | Nit recaudo: | 9998600669427 |
| Descripción: | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | Medio de Pago: | Pago Electronico por PSE |
| Banco: | NEQUI | Número Autorización: | 1555171324 |
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|-----------------|----------------|--|--|--------------|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | \$0 | \$35,000 |
| 231001 | 800227940 | Colfondos | 1 | | \$0 | \$229,600 |
| EPS002 | 800130907 | Salud Total EPS | 1 | | \$0 | \$179,400 |
| | | | | | | \$444,000 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 86721695, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.