

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL								393582		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1031151254									
CORREO	leidymary93@hotmail.com	CELULAR	3142276384									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		UNIDAD:				Simón Bolívar - HSB					
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:		1345-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	197	FECHA	28/01/2025	NÚMERO DE CRP: 1	8614	FECHA	01/02/2025
NÚMERO DE CDP: 2	530	FECHA	28/03/2025	NÚMERO DE CRP: 2	18172	FECHA	31/03/2025
NÚMERO DE CDP: 3	603	FECHA	15/04/2025	NÚMERO DE CRP: 3	20925	FECHA	17/04/2025
NÚMERO DE CDP: 4	642	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 4	23387	FECHA	30/04/2025
NÚMERO DE CDP: 5	715	FECHA	20/05/2025	NÚMERO DE CRP: 5	26146	FECHA	26/05/2025
NÚMERO DE CDP: 6	871	FECHA	24/06/2025	NÚMERO DE CRP: 6	30455	FECHA	30/06/2025
NÚMERO DE CDP: 7	1000	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 7	35248	FECHA	31/07/2025

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2025		31	07	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:	15,384,696
VALOR EJECUTADO:	15,384,696
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,187,732
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
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 Seguro Social 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
8636921125	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	0	0		0	0	

CERTIFICADO USSB CH

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,

*Andrea Sandoval Castro*

*Leidy Marisol Martínez M*


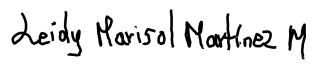

SANDOVAL CASTRO ANDREA

MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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				
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		VERSIÓN: 4				
		PÁGINA: 1 DE 1		FECHA: 07/11/2024			
<b>ÁREA Y/O SERVICIO: HSB106 //HOSP MEDICINA INTERNA COVID USS SIMÓN BOLÍVAR</b>			<b>UNIDAD:</b>	<b>HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR</b>			
<b>No. DE CONTRATO: 1345-2025</b>	<b>Periodo certificado</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>		<b>01</b>	<b>07</b>	<b>2025</b>	<b>31</b>	<b>07</b>	<b>2025</b>
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL</b>		<b>DOCUMENTO: 1031151254</b>					
<b>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.</b>							
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100 %</b>							
<b>ACTIVIDADES CONTRATADAS</b>				<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>			
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.)			
<b>OBSERVACIONES: 186 HORAS EJECUTADAS</b>							
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2187732) DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS</b>							
 MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL 1031151254				Fecha: __31__ / __07__ / __2025__ Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO 			
<b>Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</b>							

RAZÓN SOCIAL :	LEIDY MARISOL MARTINEZ MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1031151254
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-11
FECHA DE PAGO:	2025-07-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	8636921125
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8696922686
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 440.500

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/08/2025
----------------------------------	------------