

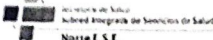
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		BLANCO ALVARADO ANA MARIA				392853	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023926735				
CORREO	null	CELULAR	null				
PROCESO:	Urgencias						
SERVICIO:	Urgencias		UNIDAD:		Chapinero		
CENTRO DE COSTOS	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							
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 5286-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	642	FECHA	24/04/2025	NUMERO DE CRP: 1	25486	FECHA	15/05/2025
NUMERO DE CDP: 2	871	FECHA	24/06/2025	NUMERO DE CRP: 2	31749	FECHA	30/06/2025
NUMERO DE CDP: 3	1000	FECHA	21/07/2025	NUMERO DE CRP: 3	36740	FECHA	31/07/2025
NUMERO DE CDP: 4	1166	FECHA	26/08/2025	NUMERO DE CRP: 4	41218	FECHA	31/08/2025
NUMERO DE CDP: 5	1323	FECHA	19/09/2025	NUMERO DE CRP: 5	44840	FECHA	29/09/2025
OBJETO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA							
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA 01	MES 06	AÑO 2025	HASTA	DIA 30 MES 06 AÑO 2025
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,906,000		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:				17,262,000			
VALOR EJECUTADO:				17,262,000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:				1,764,000			
TOTAL HORAS CONTRATADAS:				186			
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:				84			
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	
87370338	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:

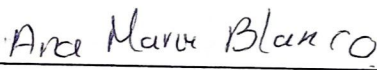
Ana Maria Blanco
 BLANCO ALVARADO ANA MARIA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GT-F-50 VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO:	URGENCIAS	UNIDAD:	HOSPITAL CHAPINERO		
Nº. DE CONTRATO:	5286-2025	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		1	06	2.025
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ana María Blanco Alvarado	DOCUMENTO:	30	06	2.025
		1.023.926.735			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como ENFERMERO(A) 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 ESPECÍFICAS	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. Realizando con responsabilidad mis actividades de enfermería en apoyo constante AL SERVICIO DE URGENCIAS CHAPINERO.
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.	Desarrollo las estrategias Institucionales para el mantenimiento y mejoramiento de los ejes del sistema única de acreditación Verificando las correctas barreras para prevenir incidentes o eventos adversos durante la atención del paciente, brindar una atención de humanización respetuosa y con trato digno al paciente, respetar las culturas creencias, género y autoprotección, hacer uso adecuado y racional de la tecnología biomédica que tenemos en la institución y reportar novedades de la misma.
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Se cumplió con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.
4. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos Institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	Recibo y entrega turno diligenciando los formatos respectivos Institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.
5. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	Se cumplió Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos
6. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Se cumplió oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.
7. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, Instructivos formales protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se	Se cumplió con los procesos, procedimientos, guías, Instructivos formales protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se
8. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Se Asistió a capacitaciones y actividades según la programación institucional
9. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.	Se cumplió con lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.3
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	Se brindó información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento
11. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Se aplicó las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.
12. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.	Se cumplió adherencia al Manual de Bioseguridad.
13. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Se Realizó la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones hospitalariamente y demás eventos de interés en salud pública.
14. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación Integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.	Se realizó el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación Integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan
15. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	Cumplo y asisto con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.
16. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, Instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y re-inducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	Presento las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y re-inducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.

OBSERVACIONES: 174 HORAS		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	\$ 3.654.000	Tres millones seiscientos cincuenta y cuatro mil pesos M/CTE(\$)
 NOMBRE CONTRATISTA ANA MARIA BLANCO ALVARADO DOCUMENTO 1.023.926.735		Fecha : 30/06/2025  ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO

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

noto g05

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023926735	ANA MARIA BLANCO ALVARADO		CLL 60A # 5 23	3507879339	amblancoa9@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
						1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87370338	\$441.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	2	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023926735	ANA MARIA BLANCO ALVARADO		CLL 60A # 5 23	3507879339	amblancoa9@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87370338	\$441.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1023926735	BLANCO ALVARADO ANA MARIA	59	0		N	X																			Z31001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS001	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA