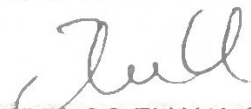
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		VERSIÓN: 5	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BLANCO ALVARADO ANA MARIA												397249	
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	%	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: 5286-2025						N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		642		FECHA		24/04/2025		NÚMERO DE CRP: 1		25486		FECHA		15/05/2025					
NÚMERO DE CDP: 2		871		FECHA		24/06/2025		NÚMERO DE CRP: 2		31749		FECHA		30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 3		1000		FECHA		21/07/2025		NÚMERO DE CRP: 3		36740		FECHA		31/07/2025					
NÚMERO DE CDP: 4		1166		FECHA		26/08/2025		NÚMERO DE CRP: 4		41218		FECHA		31/08/2025					
NÚMERO DE CDP: 5		1323		FECHA		19/09/2025		NÚMERO 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		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		07		2025				31		07		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:												5,544,000	
TOTAL HORAS CONTRATADAS:												186	
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:												264	
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							
88126500	200,000	256,000	3	39,000	0	495,000							
	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.													

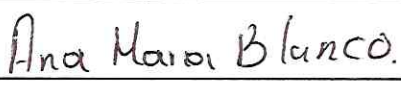
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


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-CT-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	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO			01	07	2.025	31	07	2.025
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MARIA BLANCO ALVARADO		DOCUMENTO:	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 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. 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 entrego 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 formatos 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 formatos 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.						
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.			Cumpló 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: 276 HORAS									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)		5.796.000 \$		CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS. M/CTE(\$)					
				Fecha : 31/07/2025 					
NOMBRE CONTRATISTA Ana Maria Blanco Alvarado DOCUMENTO 1.023.926.735				ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeta a la certificación que expida el supervisor									

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	88126500	\$495.800	

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	200.000	0		0		0	2	300	0	200.300	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	256.000	0	0	0	0	2	400	0	256.400	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	39.000				39.000	2	100	39.100			390	39.100	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.300
Pensión	1	256.000	256.400
Riesgos Laborales	1	39.000	39.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.800

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
2025-06	2025-06	I	10/07/2025	88126500	\$495.800
					TOTAL A PAGAR

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	SIL	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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										231001	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS001	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



PSE - Transacción Aprobada **CUS 1617599333**

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: amblancoa9@gmail.com

jue, 10 de jul de 2025 a la hora 7:26 a. m.



¡Hola, Ana María Blanco !

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 495.800
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 10/07/2025
CUS: 1617599333
Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comuníquese con nosotros:



En Bogotá:

+57 (601) 3808890 Opción 5



Contáctanos:

<https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial



Para mayor información comuníquese con nosotros:

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."