

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

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> ACOSTA LOPEZ VALENTINA MARIA		408790
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> Cedula	<b>No.</b> 30345723	
<b>CORREO</b> valeria_acostal@yahoo.com	<b>CELULAR</b> 3124296934	
<b>PROCESO:</b> Urgencias		
<b>SERVICIO:</b> Urgencias		
<b>UNIDAD:</b> Engativá Calle 80 - ENG		
<b>CENTRO DE COSTOS</b>	Centro de costo %	Centro de costo %
A00		
<b>BANCO</b> 12	<b>TIPO CUENTA</b>	<b>AHORROS</b>
<b>NUMERO CUENTA BANCARIA</b> 6970454887		

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

<b>NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 1600-2025		<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO</b>	
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 1	197	<b>FECHA:</b> 28/01/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 1
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 2	603	<b>FECHA:</b> 15/04/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 2
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 3	642	<b>FECHA:</b> 24/04/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 3
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 4	715	<b>FECHA:</b> 20/05/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 4
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 5	871	<b>FECHA:</b> 24/06/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 5
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 6	1000	<b>FECHA:</b> 21/07/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 6
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 7	1166	<b>FECHA:</b> 26/08/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 7
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 8	1323	<b>FECHA:</b> 19/09/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 8
<b>NÚMERO DE CDP:</b> 9	1467	<b>FECHA:</b> 22/10/2025	<b>NÚMERO DE CRP:</b> 9

**OBJETO:** ENFERMERO (A)

<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>DESDE</b>	<b>DIA</b> 01	<b>MES</b> 10	<b>AÑO</b> 2025	<b>HASTA</b>	<b>DIA</b> 31	<b>MES</b> 10	<b>AÑO</b> 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 repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	37,275,000
VALOR EJECUTADO:	37,275,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,032,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
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.

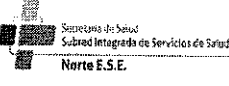
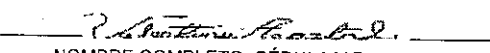

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9493153756	189,400	242,400	3	37,000	0	468,800
	0	0		0	0	

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

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

**ACOSTA LOPEZ VALENTINA 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.

	<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: DIRECCIÓN DE URGENCIAS</b>				<b>UNIDAD:</b>		<b>ENGATIVÁ</b>		
No. DE CONTRATO:1600-2025				<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO						1	10	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VALENTINA ACOSTA LOPEZ				DOCUMENTO:30345723				
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como <b>PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD - ENFERMERO (A) HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS</b> 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%								
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>				<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>				
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución				Cumpló con los estándares de producción asignados para del servicio según los tiempos establecidos por la institución				
2. 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.				Realizo el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizado 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.				
3. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.				Reviso y envío a farmacia las órdenes de medicamentos, administración, registro y devolución de medicamentos. Solicitud de insumos por paciente requeridos				
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva				Cumpló con los trámites administrativos de los pacientes de manera oportuna				
5. 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 generen				Cumpló 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 requieran				
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				Asisto a capacitaciones y actividades según la programación institucional				
7. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.				Cumpló lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.				
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.				Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.				
9. Aplicar las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.				Aplico las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.				
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.				Cumpló adherencia al manual de bio-seguridad				
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.				Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intra-hospitalarias y demás eventos de interés en salud pública mediante los canales dispuestos por la institución				
12. 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.				Realizo 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.				
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente				Cumpló con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE dispone según el perfil del contratista en la plataforma de moodle.				
14. 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 reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.				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 reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.				
<b>OBSERVACIONES: TOTAL HORAS MES DE OCTUBRE 192-VALOR HORA \$21.000</b>								
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 4.032.000 CUATRO MILLONES TREINTA Y DOS MIL PESOS</b>								
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:30345723 de La Dorada-Caldas				Fecha : 31 /10 /2025   Firma de recibido supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO				
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 30345723		ACOSTA LOPEZ VALENTINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 74A 95 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1000000963	9493153756	I	2025/10/07	2025/10/10	BANCO DE BOGOTA	3	\$469,800

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>					\$1,515,000	\$242,400			\$1,515,000	\$189,400			\$0	\$0			\$1,515,000	\$37,000		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,515,000	\$242,400			\$1,515,000	\$189,400			\$0	\$0			\$1,515,000	\$37,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,515,000	\$242,400			\$1,515,000	\$189,400			\$0	\$0			\$1,515,000	\$37,000		\$0	\$0
1	CC	30345723	ACOSTA VALENTINA	230301	30	\$1,515,000	\$242,400	EPS001	30	\$1,515,000	\$189,400	0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,515,000	\$37,000	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados ( 1)</b>					\$1,515,000	\$242,400			\$1,515,000	\$189,400			\$0	\$0			\$1,515,000	\$37,000		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30345723		ACOSTA LOPEZ VALENTINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 74A 95 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1000000963	9493153756	I	2025/10/07	2025/10/10	BANCO DE BOGOTA	3	\$469,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$242,400	\$500	\$0	\$242,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$242,400	\$500	\$0	\$242,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,000	\$100	\$0	\$37,100	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$37,000	\$100	\$0	\$37,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,400	\$400	\$0	\$189,800	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$189,400	\$400	\$0	\$189,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$468,800</b>	<b>\$1,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$469,800</b>	