| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS** | | | | **UNIDAD:** | | **USS CHAPINERO** | | |
| **No. DE CONTRATO: CPS_6643-2025** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATALY PUERTO BONILLA** | | **01** | **01** | **2026** | **31** | **01** | **2026** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA: GLORIA ESPERANZA SUAREZ GUTIERREZ** | **DOCUMENTO: 52299506** | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como profesional de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Trabajadora Social 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 Apoyar los procesos administrativos de enfoque diferencial y clínica de género. | Se realizan los procesos administrativos de la Clínica de Género, como son: Actualización Base de Datos, Llamadas de agendamiento de citas, Subir a Dinámica las agendas asignadas, Consolidación de los horarios de los profesionales de la Clínica de Género, convocatoria Junta Médica, seguimiento a correos electrónicos clinicagenero@subrednorte.gov.co, clinicagenerochapinero@gmail.com, atención y seguimiento línea de atención 3133333641 (WhatsApp) y demás actividades asignadas al cargo. |
| 2.Cumplir 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información. | Se garantizan los procedimientos propios de la gestión de la ruta de atención establecida para los pacientes de la Clínica de Género. |
| 3. Desempeñar 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. | Se realiza adherencia a las estrategias establecidas por la Subred. |
| 4. Facilitar y concertar, acorde a los acuerdos institucionales, los procesos de articulación con el pueblo o población pertinente, para dar respuesta a las necesidades de los usuarios. | Se realiza seguimiento y canalización de los usuarios de la Clínica de Género conforme en el plan de acción del enfoque diferencial. Además, se genera la gestión propia del programa como mesas técnicas de trabajo con las EAPB ((3) CAPITAL SALUD EPS, (2)FAMISANAR) (1) SUBRED SUR y la presentación de resultados. Se incluyen mesas de articulación con la población y otras áreas de la Subred Norte. |
| 5. Realizar las actividades para la gestión e implementación del enfoque diferencial al interior de la Institución, de acuerdo a las directrices definidas y las concertaciones con los pueblos o poblaciones. | Se garantizan los procedimientos propios de la gestión de la ruta de atención establecida para los pacientes de la Clínica de Género. |
| 6. Realizar actividades diarias de orientación y capacitación al Usuario en los Servicios de Consulta Externa de acuerdo a los temas contenidos en la estrategia Educativa. | No aplica |
| 7. Identificar y canalización de la población diferencial a los servicios prestados por la SUBRED. | Satisfacer los requerimientos y demanda de la comunidad a los diferentes rutas y actividades acorde al Modelo de Atención en Salud.. |
| 8. Aplicar el 100% de Encuestas de Satisfacción asignadas, garantizando la calidad del registro y la oportunidad semanal de la entrega. | No se aplican encuestas para el periodo establecido |
| 9. Realizar diariamente el filtro en fila, garantizando la priorización y gestión de las solicitudes de las poblaciones preferentes y realizando comprobación de Derechos del usuario en los casos que sea pertinente. | No aplica |
| 10.Atender las solicitudes de citas a los usuarios solicitantes informando sobre el derecho a elegir el profesional de su preferencia dentro de la oferta Institucional disponible. | Se realiza programación y agendamiento de los profesionales que hacen parte de la Clínica de Género. (PSIQUIATRIA (1), GINECO-ENDOCRINOLOGIA (2), TRABAJO SOCIAL (1), PSICOLOGIA (1), UROLOGÍA (1), CX PLASTICA (2)) |
| 11.Identificar, registrar y gestionar la demanda insatisfecha y las citas en espera. | Se realiza asignación de las citas en espera a los pacientes de la Clínica de Género |
| 12. Asistir al usuario que necesita apoyo especial para facilitar el acceso a los servicios administrativos y asistenciales que requiera. | Referenciación a los diferentes programas de acuerdo al modelo de atención en salud a las diferentes rutas con sus respectivas actividades. Asegurar las atenciones propias en el marco del programa "Clínica de Género". |
| 13. Elaborar informes mensuales relacionando las actividades cumplidas entregando las evidencias de las mismas, dando respuesta al plan de acción diferencial de la sede asignada. | Se elaboran informes mensuales como son: Actualización Base de Datos, Informe de cumplimiento de citas CAPITAL SALUD Y FAMISANAR, Informe de facturación mensual de la Clínica de Género, Informe detallado de gestión de la Clínica de Género, Reporte de las agendas para el siguiente mes, Plan de acción y demás |

| | |
|---|---|
| | solicitados |
| 14. Recepcionar solicitudes de atención de los diferentes pagadores, registrar en la base de datos del programa y realizar la gestión de la misma como Insumo para la generación de indicadores del programa. | Elaboración, actualización (361Usuarios) y consolidación, de las bases de pacientes propias de la Clínica de Género, además, seguimiento a los usuarios conforme etapa de la Ruta establecida para la atención. |
| 15.Aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención. | Se garantiza la aplicación de disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018 en el transcurso de la ruta a los pacientes de la Clínica de Género. Generando articulación y garantía del servicio conforme el requerimiento de los y las usuarias. |
| 16.Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención Integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes. | Se genera remisión de los y las usuarias a las diferentes Rutas de Atención Integral en Salud conforme las necesidades y características propias de cada uno de los usuarios. |
| 17.Realizar consulta e interconsulta de PSICOLOGIA, de la población usuaria de la clínica de género de acuerdo a la programación. | Se Realizan (45) consultas e interconsulta de PSICOLOGIA, de la población usuaria de la clínica de género de acuerdo a la programación |
| 18. Mantener los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 1;5 pacientes por hora. | Se Mantienen los estándares de productividad con un porcentaje mayor o igual al 95%, y rendimiento de 1,5 pacientes por hora. |
| 19. Realizar reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred. | Se establecen estrategias para el cumplimiento de las citas con las diferentes EAPB, con tal de garantizar la prestación de los diferentes servicios del programa. |
| 20.Hacer los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999. | Se elaboran (45) historias clínicas de las consultas realizadas, además de los documentos clínicos y sus diferentes anexos conforme las necesidades del programa. |
| 21.Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación. | Para este mes no se realizó la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación. |
| 22.Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, Instructivos y demás). | Cumplimiento de adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, Instructivos y demás). |
| 23. Participar en la Junta de Profesionales cuando sea convocado, con el fin aportar su concepto técnico, para aprobar o no las prescripciones realizadas y que requieran de dicho procedimiento. | Se realiza agendamiento, facturación, convocatoria y participar en la Junta de Profesionales, aportando mi concepto técnico, para aprobar o no las prescripciones realizadas y que requieran de dicho procedimiento. |
| 24.Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos, | Se realizaron las respuestas adecuadas y oportunas, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos, para la Clínica de Género. |
| 25. Informar los eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud. | Para el periodo no se presentaron eventos de importancia en salud publica |
| 26.Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución. Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano, como requisito previo para el primer pago de honorarios. b) Es obligación para el pago de honorarios, previamente cargar la Certificación de Cumplimiento de Contrato u Orden de Prestación de Servicios,<br>Informe de Ejecución de Contrato de Prestación de Servicios y Planilla de Pago de Aportes al Sistema de Seguridad Social en la plataforma SECOP II en el ítem No. 7 (Ejecución del contrato) en el módulo Plan de Pagos. Sin cumplimiento de este requisito, el supervisor no podrá certificar y por ende la Subred no podrá realizar pago alguno. | Realizado conforme los establecido. |

**OBSERVACIONES: SON 186 HORAS**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($ 3.631.278 )** **Tres millones seiscientos treinta y un mil doscientos setenta y ocho PESOS M/CTE**

Gloria Esperanza Suarez G.

**GLORIA ESPERANZA SUAREZ GUTIERREZ**

CC: 52299506

Fecha: 31 / 01 / 2026

Nathaly Puerto Bonilla

Firma de recibido supervisor:

**NATALY PUERTO BONILLA**

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

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|---|---|---|
| | | 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: | GLORIA ESPERANZA SUAREZ GUTIERREZ | | | 424779 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 52299506 | |
| CORREO | 3243178709 | CELULAR | tatis1998_12@hotmail.com | |
| PROCESO: | Ambulatorios | | | |
| SERVICIO: | Ambulatorios | 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: 6643-2025 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 732 | FECHA | 27/05/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 37458 | FECHA | 12/08/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1467 | FECHA | 22/10/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 51359 | FECHA | 30/10/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 1728 | FECHA | 28/11/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 58991 | FECHA | 30/11/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1807 | FECHA | 19/12/2025 | NÚMERO DE CRP: 4 | 60028 | FECHA | 19/12/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 44 | FECHA | 08/01/2026 | NÚMERO DE CRP: 5 | 2145 | FECHA | 19/01/2026 |

OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE SALUD - TRABAJADOR SOCIAL

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 01 | 2026 | | 31 | 01 | 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 3,631,278 | 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: | 20,030,598 |
| VALOR EJECUTADO: | 20,030,598 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 3,631,278 |
| 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 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4634549184 | 181,600 | 232,500 | 3 | 35,400 | 0 | 449,500 |
| | 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,

Nathaly Puerto Bonilla

PUERTO BONILLA NATHALY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Gloria Esperanza Suárez G

GLORIA ESPERANZA SUAREZ GUTIERREZ
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.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52299506 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GLORIA ESPERANZA SUAREZ GUTIERREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | TV 80D 65 I 51 SUR | TELÉFONO: | 7191123 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4634549184** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 1 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/01/06 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995340715 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 232.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 232.500 | $ 200 | $ 232.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 232.500** | **$ 200** | **$ 232.700** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 181.600 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 181.600 | $ 200 | $ 0 | $ 181.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 181.600** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 181.800** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 35.400 | $ 35.400 | $ 100 | $ 0 | $ 35.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 35.400** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 35.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52299506 | SUAREZ GUTIERREZ GLORIA ESPERANZA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.452.511 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.452.511 | $ 232.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 232.500 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.452.511 | $ 181.600 | $ 0 | $ 181.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.452.511 | 52299506 | $ 35.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 450.000**