

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		PEÑA FONSECAJULIA ROSA								431022			
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	24202702										
CORREO	null	CELULAR	null										
PROCESO:	Hospitalización												
SERVICIO:	Hospitalización								UNIDAD:				Simon Bolivar
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:		1229-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	10187	FECHA	01/02/2026				

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2026		31	03	2026

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 2,566,056 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:	10,264,224
VALOR EJECUTADO:	4,801,008
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,483,280
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	180
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	5,463,216
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	46.77 %

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
52721281	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	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,


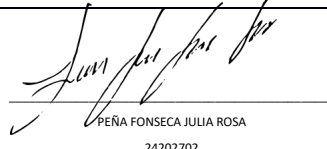

SANDOVAL CASTRO ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


PEÑA FONSECAJULIA ROSA

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				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL			VERSIÓN: 4				
ÁREA Y/O SERVICIO: HSBJ04 U. ESP UCI NEONATAL USS SIMÓN BOLÍVAR -			UNIDAD:		Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar			
No. DE CONTRATO: CPS-1229-2026		Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO								
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PEÑA FONSECA JULIA ROSA			DOCUMENTO: 24202702					
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.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 97%								
ACTIVIDADES CONTRATADAS				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, 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.)				
OBSERVACIONES: 180 HORAS EJECUTADAS								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2483280) DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS								
 PEÑA FONSECA JULIA ROSA 24202702				Fecha: ___ 31 ___ / ___ 03 ___ / ___ 2026 ___ Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO				
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.								

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	24202702	JULIA ROSA PEÑA FONSECA		Cra 13 # 29-18	3118566656	juliacy36@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		52721281	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$544.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	6	900	0	219.800	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	280.200	0	0	0	0	6	1.100	0	281.300	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	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	218.900	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	24202702	JULIA ROSA PEÑA FONSECA		Cra 13 # 29-18	3118566656	juliacy36@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		52721281	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$544.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 24202702	PEÑA FONSECA JULIA ROSA	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA