

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	52538772
CELULAR: 3015983045	CORREO ELECTRÓNICO: zamygv@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: CESB04 - URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: Administrativo	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 456370028619	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3264-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 3.9							
CDP 1	163	CRP 1	3100	CDP 2	—	CRP 2	—	CDP 3	—	CRP 3	—
CDP 4	—	CRP 4	—	CDP 5	—	CRP 5	—	CDP 6	—	CRP 6	—
CDP 7	—	CRP 7	—	CDP 8	—	CRP 8	—	CDP 9	—	CRP 9	—
CDP 10	—	CRP 10	—	CDP 11	—	CRP 11	—	CDP 12	—	CRP 12	—

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERÍA O TECNÓLOGO EN APH en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA			
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
	01	04	2026	30	04	2026	
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 4.258.000	TIPO DE SERVICIOS: Administrativo					VALOR HORA / DÍA: —	

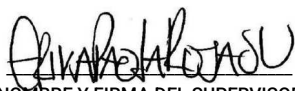
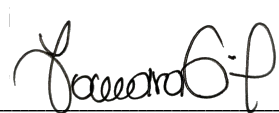
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 16.606.200
VALOR EJECUTADO	\$ 12.064.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 4.258.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 4.541.867
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72.7 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 300.000	\$ 384.000	III	\$ 58.500	\$ 742.500	73475826

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Abril del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ CC: 52538772
--	---

	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 CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA				UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 3264-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO					01	04	2026	30	04	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ				DOCUMENTO: 52538772						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERÍA O TECNÓLOGO EN APH en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.										
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 72.7 %										
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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.					Se validó el funcionamiento del módulo, se emitieron las alertas y se trabajaron con el Area de Sistemas.					
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.					Se desarrollaron 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. Apoyar la elaboración de informes y diligenciamiento en plataformas Decreto 2193 SIHO - SivicoF - circular030 - Cartera por edades Informe de glosas y demás que requieran los difentes usuarios del sistema tanto internos como externos"					Apoyo en la producción de informes de gestión del Área Elaboración y entrega de la presentación para Comité y Junta Directiva de la gestión del Área de cartera al mes del corte					
4. Identificar los pagos para legalización.					Se identificaron los pagos para legalización					
5. Legalizar los ingresos ante tesorería.					Se generaron los recibos de caja para legalizar el recaudo de entidades					
"6. Cruzar y conciliar la información entre cartera y contabilidad, cartera y tesorería, cartera y facturación, cartera y presupuesto."					Se generaron los cruces y conciliaciones necesarias con las Áreas involucradas para realizar el cierre del mes y determinar valores finales para presentación de informes internos y externos de acuerdo a los saldos de cuentas por cobrar.					
7. Verificar la información emitida por módulo de cartera.					Se validó el funcionamiento del módulo, se emitieron las alertas y se trabajaron con el Área de Sistemas.					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR:										
\$ 4.258.000 – CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE										
Fecha: 30/04/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ CC: 52538772					Fecha: 30/04/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.										

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52538772	NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ		CALLE 174# 7-79	3015983045	zamygv@hotmail.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
		73475826	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$742.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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	58.500				58.500	0	0	58.500			585	58.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52538772	NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ		CALLE 174# 7-79	3015983045	zamygv@hotmail.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
		73475826	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$742.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TRP	VSP	VST	SUN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCV	IRL	CORRECCION	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52538772	GIL VELASQUEZ NIDIA ZAMARA	59	0			N																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	30	300.000	14-11	2.400.000	30	3	58.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA