



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U  
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE  
E.S.E

CÓDIGO: AP-CT-F-16-05  
VERSIÓN: 5  
PÁGINA: 1 DE 1  
FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MELBA PATRICIA GOMEZ			439390								
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52164244									
CORREO	intermelgomez@gmail.com	CELULAR	3192495504									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		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:	3592-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO					
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NÚMERO DE CRP: 1	13094	FECHA	27/02/2026

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	04	2026		30	04	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 repercute 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:	8,040,309
VALOR EJECUTADO:	4,883,784
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,648,832
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,156,525
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	60.74 %

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
85167288	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

Certificado Hospital Engativá NP




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:

MELBA PATRICIA GOMEZ  
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					
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024					
<b>ÁREA Y/O SERVICIO: ENGJ04 - U. ESP UCI NEONATAL USS ENGATIVÁ -</b>			<b>UNIDAD: Unidad De Servicios De Salud Engativá Calle 80</b>					
<b>No. DE CONTRATO: 3592-2026</b>		<b>Periodo certificado</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>			<b>1</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>	<b>30</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: GOMEZ MELBA PATRICIA</b>			<b>DOCUMENTO: 52164244</b>					
<b>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.</b>								
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>								
<b>ACTIVIDADES CONTRATADAS</b>				<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>				
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.				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.				
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.)				
<b>OBSERVACIONES: 192 HORAS EJECUTADAS</b>								
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2648832) DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS</b>								
 GOMEZ MELBA PATRICIA 52164244			Fecha: ___30___/___04___/___2026___  Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO					
<b>Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</b>								



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-21, 02:14:00 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	MELBA PATRICIA GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52164244
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082210890
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	326356632
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 545.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 1.700
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 218.900	\$ 1.300
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 42.700	\$ 300
<b>SubTotales:</b>				\$ 541.800	\$ 3.300
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 545.100

