

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: GOMEZ APARICIO ADRIANA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	51958497
CELULAR: 3125505050	CORREO ELECTRÓNICO: drigoa17@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBJ02 - U. ESP UCI ADULTOS USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 473400147731	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2005-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10562	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21516	FECHA	22/05/2026
CDP 3	769	FECHA	28/05/2026	CRP 3	22372	FECHA	29/05/2026
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 17.412.948	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 93.618		

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

En los distintos apartados de productos entregados, no se especifica la cantidad, no se considera un informe válido para proceder con el pago.

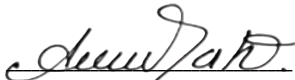

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 94.928.652
VALOR EJECUTADO	\$ 58.417.632
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 19.098.072
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	204
SALDO POR EJECUTAR	\$ 36.511.020
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	61.5 %

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
\$ 8.987.328	\$ 1.123.500	\$ 1.528.000	III	\$ 219.000	\$ 2.870.500	82649369

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA GOMEZ APARICIO ADRIANA CC: 51958497
---	--

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-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 DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR													
No. DE CONTRATO: 2005-2026	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	DOCUMENTO: 51958497													
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.														
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 61.5 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	1. Pacientes atendidos según indicadores de oportunidad y producción. Realicé la atención médica especializada de pacientes críticos según la programación y tiempos de respuesta institucionales.
2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades	2. Actividades asistenciales ejecutadas bajo estándares normativos.
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	3. Formatos de recibo y entrega de turno debidamente diligenciados.
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el	4. Realizar las actividades asignadas y que están dentro del contrato laboral cumpliendo con el diligenciamiento de la historia clínica de forma clara, precisa y ordenada, contestar interconsultas, realizar ronda medica, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. Así mismo realizar notificaciones de sucesos de seguridad, IACS, los eventos de interés en salud publica, direccionamiento a RIAS y todas las actividades del perfil medico especialista.
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus pos operatorios dejando registro en la historia clínica	5. Registros de seguimiento postoperatorio en historia clínica.
6 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de riesgos y plan de manejo bajo política de humanizaion.	6. Registro de información brindada a familiares en la historia clínica.
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	7. Atención médica alineada con las guías de manejo institucional.
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	8. Reportes de seguridad y vigilancia epidemiológica realizados.
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	9. Sistemas de información institucional actualizados.
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	10. Certificados de asistencia/ aprobación de capacitaciones, listas de asistencias.
11 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	11. Evaluaciones de adherencia presentadas y registradas.
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	12. Equipos biomédicos y elementos puestos a disposición en buen estado de conservación y uso.
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	13. Acta de asistencia o registros de participación en comités.
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad	14. Aplica los estándares de calidad y herramientas de gestión orientadas a la acreditación institucional.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución	15. Gestión contractual ejecutada bajo cultura organizacional. Desarrollé mis funciones alineadas a la cultura de servicio y calidad de la Subred Norte.
16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución	16. Plan de trabajo interdisciplinario ejecutado en el servicio.
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	17. Registro de consumo de insumos acorde a la atención brindada, registrado en la historia clínica.
18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte	18. Atención humanizada reflejada en la satisfacción del usuario. Brindando atención médica centrada en la persona, garantizando un trato digno y respetuoso a pacientes y colegas.

OBSERVACIONES:

204 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 19.098.072 – DIECINUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA GOMEZ APARICIO ADRIANA CC: 51958497</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</p>
---	--

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	51958497	ADRIANA GOMEZ APARICIO		AV CLLE127 # 20-78 CONS 709	2595501	adriagoa17@hotmail.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
		82649369	22/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.870.500	

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					
EPS001	ALIANSA EPS S.A.	830113831-0	1.123.500	0		0		0	0	0	0	1.123.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.438.000	0	0	45.000	45.000	0	0		1.528.000	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	219.000				219.000	0	0	219.000			2.190	219.000	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	1.123.500	1.123.500
Pensión	1	1.528.000	1.528.000
Riesgos Laborales	1	219.000	219.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.870.500	2.870.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51958497	ADRIANA GOMEZ APARICIO		AV CLLE127 # 20-78 CONS 709	2595501	adriagoa17@hotmail.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
		82649369	22/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.870.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Corriente	Salud	Extranjero	Calom. exactor	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	SP	SP	SP	SEN	IGE	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC 51958497	GOMEZ APARICIO ADRIANA	59	0			N									X								25-14	8.987.328	30	1.438.000	0	0	45.000	45.000	EPS001	8.987.328	30	1.123.500	14-11	8.987.328	30	3	219.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

ADRIANA GOMEZ APARICIO

NIT: 51958497 - 4

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CR 54 107 13 AP 201, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3125505050

Email. adrigoa17@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764073819209 válida desde 2024-06-26 hasta 2026-06-26 rango desde GA1A1 hasta GA1A1000

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD NACIONAL**Nombre/Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**NIT:** 900971006**Dirección:** CLL 66 N°15 41, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111221**Teléfono:** 6014431790**Email:** gerencia@subrednorte.gov.co**Forma de pago:** Crédito**Medio de pago:** Transferencia Crédito**Fecha de Pago:** 22/06/2026**Total de Lineas:** 1**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** GA1A36**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 11:01:44**FECHA FIRMADO:** 22/05/2026 11:01:45

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO
22	05	2026

DIA	MES	AÑO
22	06	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	HM	HONORARIOS MEDICOS POR SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS EN EL MES DE MAYO 2026 MUNICIPIO DONDE SE PRESTO EL SERVICIO: BOGOTA	WSD	1,00	\$19.098.072,00				\$0,00	\$19.098.072,00

Notas: HONORARIOS MEDICOS CORRESPONDIENTES A 204 HORAS LABORADAS EN EL HOSPITAL DE SIMON BOLIVAR EN EL MES DE MAYO 2026**SON:** (diecinueve millones noventa y ocho mil setenta y dos pesos cero centavos)**CUFE:** 876a67337d4ca798fa7c1ba13f254966030bb4461ebdb78d7cda7b5f618e6510445a214703a930df4006d1db51de76df

Subtotal:	\$19.098.072,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$19.098.072,00

Firma Digital: Jtl5NBDd1XcTXoHVxxZA1BFCunKvhdfBgk+lkdliXID8YK6aaLAZyn9/THZgiNxsTq/JkmA8WH7/bikyVYZK41tkO5d4Z9xjl3R2t14cA/4w2poyl7R4vZZfecgASe/DMiz4S0iOxz3+O1RepFTBOq7TGhnQDJ+dehIKoKUa7XrkPHy68JxtjUv1H9YjuSe yE9xEBFV8INKPrV0d9PwGBWYXeRY2WStkk/NknmM4q7jppdNMPd1l/zNn3AhlFowDTNdab5iWR2x0myqjnWpSjot8rMPhs4nhRV1Vw1SA1aRgi3RaQe9ycwJf/OcPI57XkmvivFY3NIKheirjBZyA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..