

	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: VELASQUEZ FANDIÑO YESSICA JAZMIN			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1013689677
CELULAR: 3057223780	CORREO ELECTRÓNICO: yvelasquez14@uan.edu.co	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBB02 - URG OBSERVACIÓN USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: NU COLOMBIA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO SA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 42012374	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3967-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.83			
CDP 1	356	FECHA	10/03/2026	CRP 1	15825	FECHA	07/04/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18151	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
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: \$ 4.022.994		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 21.629	

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: TOTAL 186 HORAS • PLANILLA VALIDADA Y ACTIVIDADES REVISADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 11.030.790
VALOR EJECUTADO	\$ 4.022.994
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 4.022.994
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	\$ 7.007.796
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	36.5 %

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
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.652	\$ 541.752	9503259665

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 ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	
---	--

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
VELASQUEZ FANDIÑO YESSICA JAZMIN
CC: 1013689677

	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 DE SERVICIOS DE URGENCIAS				UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 3967-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VELASQUEZ FANDIÑO YESSICA JAZMIN				DOCUMENTO: 1013689677						
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 (%): 36.5 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					1. Doy cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					
2. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.					2. Se Realiza el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.					
3.Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. Administracion, registro y devolución de medicamentos.					3. Se Realiza la revisión y envío a farmacia las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.					
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva					4. Realizo de manera oportuna el tramite las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.					
5. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen					5.Cumplo con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen.					
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					6.Asisto a las capacitaciones y actividades según la programación institucional.					
7.Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.					7.Cumplo con lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.					
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento					8.Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.					
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					9.Aplico las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.					10.Cumplo con la adherencia al Manual de Bioseguridad.					
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					11.Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					
12. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.					12.Se realiza el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.					
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente					13.Cumplo con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.					
14. 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.					14.Presento 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.					
OBSERVACIONES:										

186 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: TOTAL 186 HORAS

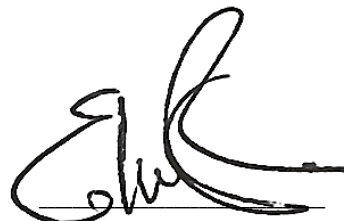
TOTAL A PAGAR:
\$ 4.022.994 – CUATRO MILLONES VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
VELASQUEZ FANDIÑO YESSICA JAZMIN
CC: 1013689677

Fecha: 31/05/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
CC: 1030565725

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																										
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																																
CC 1013689677				VELASQUEZ FANDINO YESSICA JAZMIN						INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			calle 68 f sur # 50a - 68			BOGOTA-BOGOTA D.E.			3861439		No																																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																										
Periodo			Clave						Tipo		Fecha				Pago																																											
Pensión		Salud	Pago			Planilla			Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora			Valor																																					
2026-04		2026-04	307060530			9503259665			I		2026/05/21		2026/05/14		BANCO CAJA SOCIAL			0			\$499,100																																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																										
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	hsp	lpc	rvst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte																			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1013689677	VELASQUEZ YESSICA																	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0																			
Total Afiliados(1)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$499,100	\$0	\$0	\$499,100