

	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: ESPITIA VASQUEZ RUTH EMILCE

TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	53015181
CELULAR: 3002466524	CORREO ELECTRÓNICO: ruthespitia1@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGI06 - HOSP MEDICINA INTERNAUSS ENGATIVÁ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 477770003226	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1657-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>164</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CDP 3	—	FECHA	—	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>10071</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>19492</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	10071	FECHA	01/02/2026	CRP 2	19492	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	10071	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	19492	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	—	FECHA	—																																														
CRP 4	—	FECHA	—																																														
CRP 5	—	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.)

Se rechaza el informe de actividades porque las obligaciones y actividades no pueden ser un COPIE Y PEGUE, cada actividad y producto es diferente. Corregir y volver a enviar.

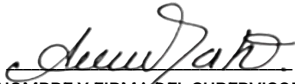

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 19.639.132
VALOR EJECUTADO	\$ 11.722.918
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.893.220
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	\$ 7.916.214
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	59.7 %

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	\$ 218.863	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.763	1081223915

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 ESPITIA VASQUEZ RUTH EMILCE CC: 53015181
---	---

	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 ENGATIVÁ CALLE 80													
No. DE CONTRATO: 1657-2026	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: 53015181													
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 (%): 59.7 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución (asignación de cama), identificando y cumpliendo indicadores del servicio asignado (giro cama, porcentaje ocupacional, estancia hospitalaria, etc.).	se hace la verificación de cada estándar para poder asignar las camas
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	Verifico cada chequeo y protocolo para generar mis chequeos diarios.
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	Se hace la verificación de cada paciente para enviar oportuna par la solicitud de medicamentos y administración de las mismas
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Se hace tramites necesarios para el ,manejo administrativo
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	No presente ningun tipo de evento se maneja todos los formatos necesarios
6 Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	No hice ninguna capacitacion este ,es
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	cumplo con lo establecido por la institucion en protocolos y horarios
8 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, con registro en historia clínica	Verifico cada vez que se le va a dar informacion a familiares para dar una informacion oportuna y clara
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	Hado el manejo de guias y protocolos establecidos por la institucion
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	Cumplo con proceso de bioseguridad en cada intervencion con paciente
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Este mes no se presenta ningun caso de evento para reportar
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	Se hace todo el proceso adecuado para solicitud e referencia y contrareferencia
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	No Asiste a ninguna capacitacion
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.	se hace entrega de 15 turnos de 7 pm a 7 am
15 Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	Hago todos los registros de cada protocolo enviado por la sub red
16 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir	Se verifica la plataforma y ya se realiza ese curso



OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	
17 Realizar seguimiento a la apropiación y adherencia a procesos institucionales del personal a cargo, de existir alguna novedad establecer plan de trabajo para fortalecer competencias en conjunto con el Profesional especializado y/o Referente del servicio	Hago lectura de las guías enciadas para el mejoramiento contionuo

OBSERVACIONES:

180 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 3.893.220 – TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

<p data-bbox="347 595 507 618">Fecha: 31/05/2026</p>  <p data-bbox="177 707 679 781">NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ESPITIA VASQUEZ RUTH EMILCE CC: 53015181</p>	<p data-bbox="1086 595 1246 618">Fecha: 31/05/2026</p>  <p data-bbox="1023 723 1310 797">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.



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-12, 11:15:41 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081223915

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823892553

PAGADO 12/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RUTH EMILCE ESPITIA VASQUEZ		
Documento	CC53015181	Dirección	CLL 86 # 95D 03 BLOQUE B6 APTO 110
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3002466524
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TOE	TAE	TOP	TAP	VSP	CDR	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IPP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53015181	RUTH EMILCE ESPITIA VASQUEZ	59	00																		0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800

