

| | | |
|--|---|-----------------------|
|  | 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: DIAZ RUIZ PAOLA DAYANA | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C X C.E | NO. | 1013660895 |
| CELULAR: 3236990751 | CORREO ELECTRÓNICO: pdayana1013@outlook.com | SEDE: HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS | CENTRO DE COSTOS: FBCJ10 - U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS FRAY BARTOLOMÉ |
| PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | SERVICIO: ASISTENCIAL | |
| ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: AHORROS | NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 6400728918 | |
| PENSIONADO: | SI No X | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|--|-----|--------------|---------------------------------------|--------------|-------|--------------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1474-2026 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4 | | | | |
| CDP 1 | 164 | FECHA | 22/01/2026 | CRP 1 | 9639 | FECHA | 01/02/2026 |
| CDP 2 | 703 | FECHA | 20/05/2026 | CRP 2 | 19517 | 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: \$ 3.739.902 | TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL | | | VALOR HORA / DÍA: \$ 20.107 | | |

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

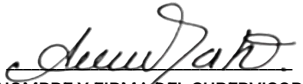
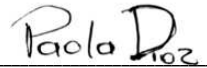
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|--|----------------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$ 18.699.510 |
| VALOR EJECUTADO | \$ 11.219.706 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$ 3.739.902 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 186 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$ 7.479.804 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 60.0 % |

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 | \$ 42.700 | \$ 541.800 | 82678533 |

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 DIAZ RUIZ PAOLA DAYANA CC: 1013660895 |
|---|--|

|  | 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 FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS | | | | | | | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: 1474-2026 | 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: 1013660895 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (%): 60.0 % | | | | | | | | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|--|
| 1 Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución | Gestioné la atención de pacientes asignados, y registré oportunamente las atenciones realizadas. |
| 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 | Aplicé lineamientos institucionales en la atención clínica y seguí rutas de atención definidas. |
| 3 Realizar registro de Ingreso y evolución de Pacientes Hospitalizados | Diligencié historia clínica, realicé valoración inicial y registré evoluciones de cada sesión. |
| 4 Realizar psicoterapias Individuales y/o Intervención en Crisis | Desarrollé sesiones psicoterapéuticas individuales según necesidades del paciente. |
| 5 Realizar Psicoterapia de Pareja | Realicé intervenciones terapéuticas enfocadas en dinámica relacional y comunicación. |
| 6 Asistir a comité y Evaluaciones de equipos interdisciplinarios | Participé en discusión de casos. |
| 7 Realizar actividades de Intervenciones Familiares | Ejecuté sesiones con familias, abordando dinámicas y redes de apoyo. |
| 8 Brindar psicoeducación | Orienté a pacientes y familiares sobre manejo emocional, diagnóstico y tratamiento. |
| 9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales | Implementé protocolos clínicos y guías institucionales en la atención. |
| 10 Cumplir y aplicar el Manual de Bioseguridad | Aplicé medidas de bioseguridad durante la atención clínica. |
| 11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública | Identifiqué eventos de interés en salud pública y realicé reporte oportuno. |
| 12 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente | Participé en capacitaciones institucionales y actualizaciones clínicas. |
| 13 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 | Realicé evaluaciones requeridas y cumplí con procesos de verificación institucional. |
| 14 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual | Utilicé adecuadamente los recursos asignados y reporté novedades. |
| 15 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido | Participé en espacios institucionales de análisis y toma de decisiones. |
| 16 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 | Apoyé procesos de verificación de calidad y cumplimiento de estándares. |
| 17 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 | Aplicé conocimientos y habilidades clínicas en la atención. |
| 18 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 | Colaboré en actividades programadas por la institución. |

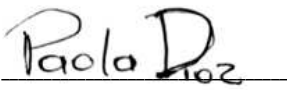

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|--|
| 19 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades | Realicé autoevaluación de procesos y cumplí estándares de calidad. |
| 20 Aplicar los principios 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 | Brindé atención con ética, humanización y enfoque centrado en el paciente. |

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 3.739.902 – TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIAZ RUIZ PAOLA DAYANA CC: 1013660895</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 | 1013660895 | PAOLA DAYANA DIAZ RUIZ | | calle 9 a sur # 24 25 | 3212111667 | pdayana1013@outlook.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 |
| | | 82678533 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$541.800 | |

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 | | | | | |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 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 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 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 | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | 427 | 42.700 | 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 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 541.800 | 541.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013660895 | PAOLA DAYANA DIAZ RUIZ | | calle 9 a sur # 24 25 | 3212111667 | pdayana1013@outlook.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 |
| | | 82678533 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$541.800 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------|--|-----------------------|-------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | Cotizante | Salud | Extranjero | Colom. exterior | Exonemado | ING | RET | TDE | TPE | TDP | 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 1013660895 | DIAZ RUIZ PAOLA DAYANA | | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA