

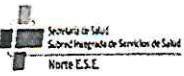
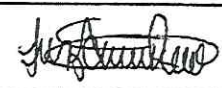
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-16-05												
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E						VERSIÓN: 5												
							PÁGINA: 1 DE 1												
FECHA: 16/02/2018																			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ROSALES LUZ ANGELA								424168									
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		52966164											
CORREO		YARLEY499@GMAIL.COM				CELULAR		3228162045											
PROCESO:		Urgencias																	
SERVICIO:		Urgencias				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		7				TIPO CUENTA		AHORROS											
NUMERO CUENTA BANCARIA		0073613879																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:						6940-2025						N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1		1256		FECHA		12/09/2025		NÚMERO DE CRP: 1		42666		FECHA		18/09/2025					
NÚMERO DE CDP: 2		1716		FECHA		27/11/2025		NÚMERO DE CRP: 2		56498		FECHA		30/11/2025					
NÚMERO DE CDP: 3		1807		FECHA		19/12/2025		NÚMERO DE CRP: 3		61724		FECHA		19/12/2025					
NÚMERO DE CDP: 4		44		FECHA		08/01/2026		NÚMERO DE CRP: 4		2781		FECHA		19/01/2026					
OBJETO: AUXILIARES DE LA SALUD -AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS																			
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		01		2026				31		01		2026	
TIPO SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		2,187,732										VALOR LETRAS							
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta 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:						9,315,504													
VALOR EJECUTADO:						9,315,504													
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:						2,117,160													
TOTAL HORAS CONTRATADAS:						186													
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:						180													
VALOR A LIBERAR:						0													
SALDO POR EJECUTAR:						0													
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:						100.00 %													
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													
9497239007	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500													
	0	0		0	0														
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,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROSALES LUZ ANGELA
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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 4		
	GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1		
		FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS		UNIDAD: SIMÓN BOEIVAR			
No. DE CONTRATO: 6940 -2025		PERIODO CERTIFICADO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		Día Mes Año			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ROSALES LUZ ANGELA		1 01 2026 31 1 2026			
		DOCUMENTO: 52966164			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 97					
OBLIGACIONES ESPECIFICAS		ACTIVIDADES REALIZADAS			
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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.		Se contribuyo 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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. en la oportunidad de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con base en tiempos establecidos.			
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.		Se desarrollo 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. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.		Cumpló con los estándares de producción del servicio asignado reglamento interno, código y directriz interna establecidos por la institución			
4.Realizar recibo y entrega de turno con registros.		Cumpló con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades de enfermería con los pacientes a cargo en el recibimiento del turno entrega de turno (15)			
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).		Cumpló con el manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos (650), limpieza y desinfección de aislamiento y demás			
6. Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.		Cumpló con los procesos de atención de enfermería, actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos de la subred, cumulo con los instructivos y prestación de servicio a cabalidad			
7.Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.		Presentación de informes y asistencia a capacitaciones virtuales y presenciales (5) programadas por la institución y la Subred norte			
8. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional		Se asitio a las capacitaciones informadas según programación mensual			
9 Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.		Asistencia a las actividades programadas en el cronograma del servicio en los tiempos establecidos			
10 Mantener confidencialidad de la Información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.		Me adhiero a las políticas institucionales, éticas y morales en cuanto a manejo de confidencialidad en el marco de operación de la Subred Norte conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas			
10 Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional		Aplico y participo activamente en todas aquellas actividades definidas a nivel institucional para el mejoramiento acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.			
10. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.		Cumpló con diligenciar de manera completa y legible y oportuna la historia clínica y los registros institucionales dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999			
11. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.		En cada turno se socializan derechos y deberes, se brinda información a los usuarios según mis competencias			
12. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, Instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.		Se adopto las guías de manejo, instructivos, y manuales en los procesos y procedimientos que se realizaron en atencion y el manejo del pacientes			
14. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, Infecciones Intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.		Notificación de los Sucesos de Seguridad, Infecciones Intrahospitalarias.			
OBSERVACIONES: 180 HORAS INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EL DIA 19-12-25					
TOTAL A PAGAR : 2.117.160 DOS MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE					
 ROSALES LUZ ANGELA CC: 52966164		 Firma de recibido supervisor			
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52966164		ROSALES LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KM 5 VIA LA CALERA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6486390	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	1000000230		9497239007	I	2026/01/19	2026/01/16	BANCO DE BOGOTA	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	52966164	ROSALES LUZ	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52966164		ROSALES LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KM 5 VIA LA CALERA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6486390	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	10000000230	9497239007	I	2026/01/19	2026/01/16	BANCO DE BOGOTA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	