

	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: LUZ ANGELA ROSALES .

TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	52966164
CELULAR: 3228162045	CORREO ELECTRÓNICO: luzrosales1813@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBB03 - URG PROCED DE URGENCIAS USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SERVICIO: ASISTENCIAL		
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 49365125	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2890-2026	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>12272</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>17924</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	12272	FECHA	01/02/2026	CRP 2	17924	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	12272	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	17924	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: \$ 2.566.056	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796

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

VALIDADO Y APROBADO 168 HORAS CUBRE EL DIA 12 DE MAYO (6 HORAS) 12 HORAS NO PRESTADAS DEL DIA 20 - 28 DE ABRIL, 7-8 DE MAYO

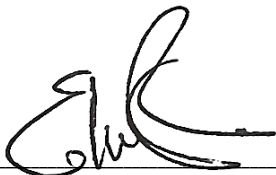
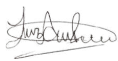
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 10.333.204
VALOR EJECUTADO	\$ 5.449.420
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.317.728
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	168
SALDO POR EJECUTAR	\$ 4.883.784
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	52.7 %

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	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	9503870368

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 LUZ ANGELA ROSALES . CC: 52966164
---	--

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50												
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		PÁGINA: 1 DE 1												
UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR		FECHA: 07/11/2024												
No. DE CONTRATO: 2890-2026	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </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: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO	DOCUMENTO: 52966164													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA ROSALES .														
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 (%): 52.7 %														

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 atención oportuna 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.	Cumpro 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.	Cumpro 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
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Cumpro con el manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, 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.	Cumpro con los procesos de atención de enfermería, actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos de la subred, cumpro 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, 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.	Cumpro 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 atención 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.

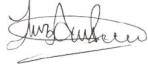
OBSERVACIONES:

168 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:


\$ 2.317.728 — DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LUZ ANGELA ROSALES .
CC: 52966164

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.

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
2026-04	2026-04	100001142	9503870368	I	2026/05/19	2026/05/08	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

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)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	52966164	ROSALES LUZ	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$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
2026-04	2026-04	1000001142	9503870368	I	2026/05/19	2026/05/08	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

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	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	