

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: AGUILAR MOLINA INGRID NATALIA</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>1076647482</b>
<b>CELULAR:</b> 3024812893	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> ingridnataliaguilar09@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> ENGI06 - HOSP MEDICINA INTERNAUSS ENGATIVÁ
<b>PROCESO:</b> <b>DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>		<b>SERVICIO:</b> <b>ASISTENCIAL</b>	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 488450123234	
<b>PENSIONADO:</b>	<b>SI No X</b>		

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 1170-2026				<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	11878	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18752	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.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 2.566.056	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL			<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 13.796		

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)  
Se rechaza el informe de actividades porque las obligaciones, actividades y productos no pueden ser un COPIE Y PEGUE, cada actividad y producto es diferente. Corregir y volver a enviar.

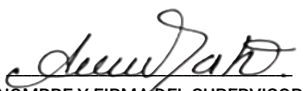
### CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 12.499.176
VALOR EJECUTADO	\$ 7.284.288
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.648.832
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.214.888
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>58.3 %</b>

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	9504084891

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	Ingrid Natalia Aguilar Molina  <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> AGUILAR MOLINA INGRID NATALIA CC: 1076647482
---	---

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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 HOSPITALARIOS		PÁGINA: 1 DE 1												
UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80		FECHA: 07/11/2024												
No. DE CONTRATO: 1170-2026	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: 1076647482													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: AGUILAR MOLINA INGRID NATALIA														
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 (%): 58.3 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
contribuir con el mantenimiento y mejorar el 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.	Apoyo en procesos de calidad, habilitación, acreditación y auditoría institucional.
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.	Participación en actividades de gestión del riesgo, humanización y atención segura.
"Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución."	Ejecución oportuna de actividades según tiempos establecidos.
Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, funcionamiento del servicio de acuerdo a la norma y al servicio asignado	Aplicación de protocolos y normativas institucionales.
cumplir con el manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento y demás)	Aplicación de medidas de higiene, lavado de manos y desinfección.
cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	Aplicación de instructivos y protocolos de atención.
Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Entrega de informes y participación en capacitaciones.
Cumplimiento de actividades según crono- grama de servicio.	Desarrollo organizado de actividades programadas.
Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Manejo adecuado de información clínica e institucional.
Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Participación activa en procesos de gestión de calidad.
"Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999."	Diligenciamiento correcto y oportuno de formatos clínicos.

OBSERVACIONES:
192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR: \$ 2.648.832 – DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE
---

Fecha: 31/05/2026    _____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA AGUILAR MOLINA INGRID NATALIA	Fecha: 31/05/2026    FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916
---	---

CC: 1076647482	
----------------	--

<i>Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</i>
--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1076647482		INGRID NATALIA AGUILAR MOLINA	INDEPENDIENTE	Principal	Cl 77 #119C-7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3178530722	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	04084891	9504084891	I	2026/05/22	2026/05/11	BANCO AV VILLAS	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
<b>Sucursal: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$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	1076647482	AGUILAR INGRID	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS041	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1 )</b>				\$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 1076647482		INGRID NATALIA AGUILAR MOLINA	INDEPENDIENTE	Principal	Cl 77 #119C-7	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3178530722	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	04084891	9504084891	I	2026/05/22	2026/05/11	BANCO AV VILLAS	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	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	