Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ANGELA PATRICIA SUAREZ ARIAS**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1026562815**
CELULAR: **3228584730**	CORREO ELECTRÓNICO: **angelita18_32@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80**	CENTRO DE COSTOS: **ENGJ07 - U. ESP UCI. INTERMEDIOS NEONATAL USS ENGATIVÁ**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **488431563078**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **3388-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **2.6**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	12785	**FECHA**	13/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19397	**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: **$ 4.022.994**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 21.629**

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

Corregir las actividades no corresponden, son 12 obligaciones (solo coloco 3 pero no es colocar ejemplo, así no es valido), debe iniciar en 1 y hasta el numero 12 con las que se le enviaron según su perfil. Adicionalmente no puede ser COPIE Y PEGUE, las actividades y productos no pueden ser igual. Corregir y volver a enviar. • Se rechaza el informe de actividades porque las obligaciones son 17 (coloco 12 y son 17),en algunas corrió la obligación exacta en la actividad (no coincide la respuesta), igual debe existir una respuesta real de la actividad y producto entregado no copie y pegue. Corregir y enviar.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

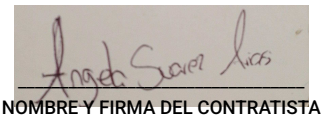
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 17.000.394**
VALOR EJECUTADO	$ 9.603.276
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.374.124**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	156
SALDO POR EJECUTAR	$ 7.397.118
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**56.5 %**

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**	1081230092

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
ANGELA PATRICIA SUAREZ ARIAS
CC: 1026562815

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-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: **3388-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ANGELA PATRICIA SUAREZ ARIAS**	DOCUMENTO: **1026562815**						
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 (%): **56.5 %**							

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 realizó seguimiento al cumplimiento de estándares de producción del servicio, incluyendo gestión de asignación de camas, monitoreo de indicadores como giro cama, porcentaje ocupacional y estancia hospitalaria, garantizando oportunidad en la atención.
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	Se ejecutaron los procesos prioritarios del servicio conforme a la normatividad vigente, asegurando el correcto funcionamiento operativo y asistencial según lineamientos institucionales.
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	Se llevó a cabo la revisión, validación y envío de órdenes médicas a farmacia, así como la administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos y seguridad del paciente.
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Se gestionaron de manera oportuna los requerimientos del servicio ante el área administrativa, asegurando disponibilidad de insumos, talento humano y recursos necesarios para la atención.
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	Se dio cumplimiento a procesos, procedimientos, guías y protocolos institucionales; además, se elaboraron y presentaron informes, solicitudes y demás actividades administrativas requeridas.
6 Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Se participó activamente en capacitaciones y actividades programadas por la institución, fortaleciendo competencias técnicas y conocimientos del servicio.
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	Se cumplió con los cronogramas establecidos por la institución, ejecutando las actividades asignadas de acuerdo con el objeto contractual.
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	Se brindó información clara y oportuna a pacientes y familiares sobre estado de salud, riesgos y tratamiento, dejando registro en la historia clínica conforme a normatividad.
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	Se aplicaron políticas institucionales, guías de manejo, protocolos y procedimientos, garantizando la calidad y seguridad en la atención.
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	Se dio cumplimiento a las normas de bioseguridad, aplicando protocolos establecidos para la prevención de riesgos biológicos en el servicio.
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Se realizó la notificación oportuna de eventos de interés en salud pública, infecciones intrahospitalarias y sucesos de seguridad del paciente, conforme a los lineamientos establecidos.
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 gestionaron procesos de traslado, referencia y contrarreferencia de pacientes, garantizando continuidad en la atención según normatividad vigente.
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Se participó en capacitaciones institucionales (virtuales y presenciales) y se gestionó la certificación correspondiente como evidencia de cumplimiento.
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.	Se realizó entrega de turno interdisciplinario, identificando necesidades del paciente, estableciendo planes de cuidado y asegurando continuidad en la atención.
15 Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	Se registró de manera completa, legible y oportuna la historia clínica y demás formatos institucionales, en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
16 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, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Se presentaron evaluaciones institucionales de conocimiento y adherencia a procesos, cumpliendo con los requerimientos de 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	Se realizó seguimiento a la adherencia de procesos institucionales del personal a cargo, identificando oportunidades de mejora y estableciendo planes de fortalecimiento en conjunto con el equipo interdisciplinario.

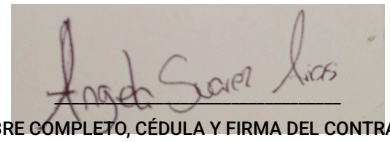
OBSERVACIONES:

156 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 3.374.124 — TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTICUATRO PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ANGELA PATRICIA SUAREZ ARIAS
CC: 1026562815

Fecha: 31/05/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-11, 06:10:22 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081230092

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823996678

PAGADO 09/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA SUAREZ ARIAS		
Documento	CC1026562815	**Dirección**	CLL 70 95 59
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4615068
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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 1026562815	ANGELA PATRICIA SUAREZ ARIAS	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

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	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 2.000	$ 578.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.