

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-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: MELBA PATRICIA GOMEZ O			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	52164244
CELULAR: 3192495504	CORREO ELECTRÓNICO: intermelbagomez@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGJ04 - U. ESP UCI NEONATAL USS ENGATIVÁ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 9523333	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3592-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 3.13				
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	13094	FECHA	27/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19037	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: \$ 2.566.056	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796		

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

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se ajustaron las horas porque para el mes de mayo son 198 horas. • Se ajustaron las horas porque para el mes de mayo son 198 horas.

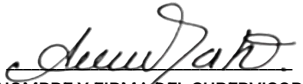
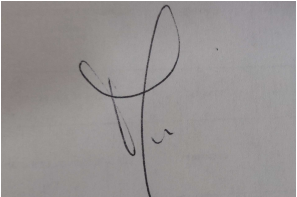
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 10.181.448
VALOR EJECUTADO	\$ 4.883.784
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.731.608
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	198
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.297.664
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	48.0 %

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	1082210890

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 MELBA PATRICIA GOMEZ O CC: 52164244
---	--

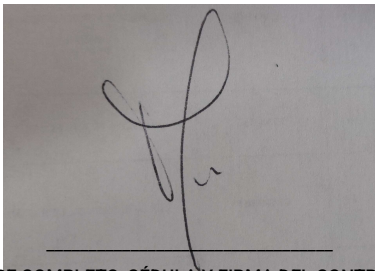
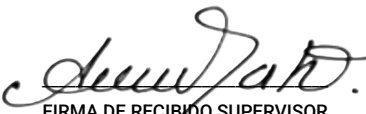
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50
		VERSIÓN: 4
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 3592-2026	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MELBA PATRICIA GOMEZ O	DOCUMENTO: 52164244						
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 (%): 48.0 %							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumplí las actividades asignadas en UCI neonatal respetando tiempos y prioridades del servicio.
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	Aplicé procesos prioritarios en UCI neonatal conforme a normatividad vigente.
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Ejecuté medidas de bioseguridad: lavado de manos, desinfección y aislamiento neonatal
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio	Apoyé el proceso de atención de enfermería con buenas prácticas en cuidado neonatal.
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Elaboré informes y asistí a capacitaciones relacionadas con UCI neonatal.
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Cumplí actividades según cronograma del servicio en UCI neonatal.
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Mantuve confidencialidad de la información clínica del neonato.
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Participé en actividades del sistema de gestión de calidad institucional.
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Registré de forma completa y oportuna en la historia clínica neonatal.
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	Brindé información clara y trato respetuoso a los padres del neonato.
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	Me adapté a guías, protocolos y procedimientos de UCI neonatal.
12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc)	Realicé registros y reportes oportunos en sistemas institucionales.

OBSERVACIONES:
198 HORAS CERTIFICADAS AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se ajustaron las horas porque para el mes de mayo son 198 horas.

TOTAL A PAGAR: \$ 2.731.608 – DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UNO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS M/CTE
--

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

MELBA PATRICIA GOMEZ O
CC: 52164244

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



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-21, 02:14:00 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	MELBA PATRICIA GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52164244
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082210890
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	326356632
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 545.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 1.700
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 218.900	\$ 1.300
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 42.700	\$ 300
SubTotales:				\$ 541.800	\$ 3.300
Total a Pagar:					\$ 545.100

