

	<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: DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>53135229</b>
<b>CELULAR:</b> 3002419760	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> dianacaro.2511@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> CES002 - A USU ATENCION AL USUARIO USS CES
<b>PROCESO:</b> OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		<b>SERVICIO:</b> ADMINISTRATIVO	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 488470762037	
<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> 776-2026	<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>163</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>704</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	163	FECHA	22/01/2026	CDP 2	704	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>11200</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>21725</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	11200	FECHA	01/02/2026	CRP 2	21725	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	163	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	704	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	11200	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	21725	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.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
	01	05	2026	31	05	2026

<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 4.258.000	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ADMINISTRATIVO	<b>VALOR HORA / DÍA:</b> —
--	---	-------------------------------

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

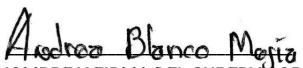

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**


CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 21.290.000
VALOR EJECUTADO	\$ 12.774.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 4.258.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 8.516.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>60.0 %</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	9503495530

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 LUCIA BLANCO MEJIA CC: 1014206239	  <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ CC: 53135229
--	---



	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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												
<b>ÁREA Y/O SERVICIO: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO</b>		<b>UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO</b>												
<b>No. DE CONTRATO: 776-2026</b>	<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<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									
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA</b>		<b>DOCUMENTO: 53135229</b>												
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ</b>														
<b>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>														
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 60.0 %</b>														
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 Contribuye 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.												
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 Desarrolla 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.Esta actividad se desarrolla en el centro de salud suba tipo II por medio de feria de servicios el día 5 de mayo 2026.												
3. Ronda diaria de la unidad Principal,Ronda cada 2 semanas por las unidades del servicio de su competencia,. Verificación el estado de las unidades respecto a sala de espera, buzones de sugerencia entre otros		Para el mes de mayo se han llevado a cabo las rondas diarias en el centro de atención de centro especializado Suba,fray bartolome de las casas,Gaitana y centro de salud suba el 5,20,22 de Mayo de 2026. Durante estas visitas, se verificaron las condiciones y el funcionamiento de las instalaciones. Además, se elaboró ??y se proporcionó el soporte correspondiente en el acta de visita, asegurando el registro adecuado de las observaciones y acciones.												
4. Responder a los requerimientos interpuestos por los usuarios con relación a los servicios recibidos en las unidades,Mitigar el indicador de PQRSF atendiendo de manera presencial los requerimientos interpuesta por los usuarios brindado una respuesta oportuna y efectiva		En el periodo certificado se responden 6 requerimientos PQRSDF via correo electronico, La actividad realizada consistió en responder de manera oportuna y efectiva a los requerimientos interpuestos por los usuarios en relación con los servicios recibidos en las diferentes unidades. Se aseguró que cada requerimiento fuera gestionado con la mayor eficacia posible, buscando mejorar la satisfacción del usuario y optimizar la calidad del servicio brindado.												
5. Trabajar de manera coordinada con líderes de unidades, facturación y servicios de apoyo a fin de implementar actividades que vayan en pro de mejorar la calidad del usuario.		Se realizaron rondas diarias en el centro de atención de Centro especializado Suba,Fray Bartolome de las casas,Gaitana y Centro de salud suba el 5,20,22 de Mayo de 2026 . Durante estas visitas, se realizó un recorrido por las instalaciones con el propósito de evaluar el funcionamiento general del centro, identificar áreas de mejora y asegurar que los servicios brindados a los usuarios se ajustaran a los estándares establecidos. Además, se aprovecharon estas visitas para resolver cualquier inquietud o duda en conjunto con el equipo de facturación, servicio al ciudadano y la Líder del Centro, fomentando una comunicación fluida y el trabajo colaborativo en pro de la mejora continua del servicio.												
6.Promover espacios de participación con líderes de unidades para realizar retroalimentación de sistemas de información		La actividad realizada diariamente durante el periodo certificado, consistió en promover y coordinar espacios de participación con los líderes de las diferentes unidades, con el objetivo de llevar a cabo sesiones de retroalimentación sobre los sistemas de información utilizados.												
7.Socialización de los reportes de PQRS, Satisfacción y SICUENTANOS con los líderes de las unidades,consolidar información con base a respuesta de auditoria, estándares de acreditación, solicitudes de entes de control e indicadores que soportan la gestión de la Política Pública de servicio al ciudadano realizando el reporte oportuno a la referente de servicio al ciudadano.Atender de manera oportuna visitas de los entes de control realizando el reporte oportuno a la Jefe		De manera semanal, se realiza la socialización del comportamiento de los PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias) con la Líder del Centro de Atención, utilizando el correo electrónico como medio de comunicación												

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
del proceso.	
8. Elaborar los informes mensuales y trimestrales relacionando las actividades cumplidas entregando mensualmente las evidencias de las misma.	La actividad realizada durante el periodo certificado consistió en realizar el seguimiento y asignación de usuarios del sistema "Si Cuentanos Bogotá" a los colaboradores de servicios al ciudadano de las unidades de SUBA. Además, se verificó la correcta realización de las sesiones informativas en las salas de espera, garantizando que los usuarios recibieran la información necesaria sobre los servicios y procedimientos disponibles. Este proceso incluyó la supervisión de la ejecución de dichas sesiones, asegurando que fueran claras, oportunas y eficaces para los usuarios que aguardaban en las instalaciones, contribuyendo así a una mejor experiencia y comprensión del servicio.
9. Asistir a reuniones o jornadas de capacitación direccionadas por la líder de la oficina de atención al usuario y participación social.	Se participó activamente en las reuniones convocadas por la Directora de Servicio al Ciudadano el día 5 y 20 de mayo, las cuales fueron realizadas con el equipo profesional encargado de la atención al usuario
10. Las demás que le sean asignadas relacionadas con su área por la líder de la oficina de atención al usuario y participación social	Se da cumplimiento con todas las tareas y responsabilidades adicionales asignadas por el Líder de la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social y la referente de servicio al ciudadano.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:

\$ 4.258.000 – CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>   <p>_____  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA  DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ  CC: 53135229</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR  ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA  CC: 1014206239</p>
--	---

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 53135229		LOZANO MUÑOZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 78C # 72-10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7791964	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	298870140	9503495530	I	2026/05/11	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	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	53135229	LOZANO DIANA	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
<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 53135229		LOZANO MUÑOZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 78C # 72-10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7791964	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	298870140	9503495530	I	2026/05/11	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	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	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	