	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018
	INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																																				
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA											435915																									
TIPO DE DOCUMENTO: Cedula			No. 1033751849																																	
CORREO: julierhtiana654@gmail.com			CELULAR: 3023109825																																	
PROCESO: Hospitalización																																				
SERVICIO: Hospitalización UNIDAD: Fray																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	A00											
Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%																									
A00																																				
BANCO: 28				TIPO CUENTA: SIN CUENTA																																
NUMERO CUENTA BANCARIA: 0																																				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1212-2026						N° DE PAGOS DEL CONTRATO:								
NÚMERO DE CDP: 1			164			FECHA: 22/01/2026			NÚMERO DE CRP: 1			11911		
									FECHA: 01/02/2026					

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN												
PERIODO CERTIFICADO												
				DESDE	DIA 01	MES 04	AÑO 2026	HASTA	DIA 30	MES 04	AÑO 2026	
TIPO SERVICIOS: Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0						
VALOR MES: 2,566,056			VALOR LETRAS									
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.												

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO												
CONCEPTO						VALORES						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						10,264,224						
VALOR EJECUTADO:						7,201,512						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:						2,566,056						
TOTAL HORAS CONTRATADAS:						186						
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:						186						
VALOR A LIBERAR:						0						
SALDO POR EJECUTAR:						3,062,712						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:						70.16 %						

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

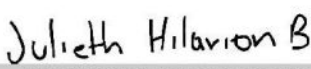
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
6011516254	218,900	280,200	3	42,700	35,100	576,900
	0	0		0	0	

CERTIFICADO FRAY R
 El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SANDOVAL CASTRO ANDREA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CÓDIGO: AP-CT-F-50			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL			VERSIÓN: 4			
				PÁGINA: 1 DE 1			
ÁREA Y/O SERVICIO: FBC110 - U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS FRAY BARTOLOMÉ -			UNIDAD:	Unidad De Servicios De Salud Fray Bartolomé De Las Casas			
No. DE CONTRATO: 1212-2026	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	1	04	2026	30	04	2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA			DOCUMENTO: 1033751849				
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION, URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con las necesidades de la institución.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							
ACTIVIDADES CONTRATADAS				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.				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.			
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.				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.			
3. Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.				Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.			
4. Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.				Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.			
5. Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).				Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).			
6. Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.				Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.			
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.			
8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.				Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.			
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.				Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.			
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.				Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.			
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.				Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.			
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.)				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.)			
OBSERVACIONES: 186 HORAS EJECUTADAS							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2566056) DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS							
 HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA 1033751849				Fecha: ___30___/___04___/___2026___  Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO			
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033751849
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIETH TATIANA HILARION BELTRAN	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TV 87 69A 19 SUR TELÉFONO:	3023109
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6011516254	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 215052150

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002248088	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 280.200
SUBTOTAL:					1	\$ 280.200
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A			1	\$ 218.900
SUBTOTAL:					1	\$ 218.900
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 35.100
SUBTOTAL:					1	\$ 35.100
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 42.700
SUBTOTAL:					1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 576.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 576.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033751849	NÚMERO PLANILLA:	6011516254	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	JULIETH TATIANA HILARION BELTRAN	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
Ciudad/Municipio:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3023109	DÍAS DE MORA:	0	AÑO:	2026
DIRECCIÓN:	TV 87 69A 19 SUR	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	215052150
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR		1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200
SUBTOTALES:														
											\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200	

TOTAL APORTES A SALUD																
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900
SUBTOTALES:																
											\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES																
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 42.700
SUBTOTALES:																
											\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES									
				APORTES	MORA	VALOR PAGADO							
CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100							
SUBTOTALES:													
											\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DIR SALARIO	COL. VAL. EXTENSIÓN	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	LVE	TAE	IDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC	HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA	INDEPENDIENTE		\$ 1.750.900			NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.900	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	\$ 1.750.900	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.750.900	\$ 103375184	\$ 42.700	\$ 1.750.900	CCF24-COMPENSAR		\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL PAGADO: \$ 576.900