

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

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MELO MORENO CINDY JOHANNA								437177		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019117365									
CORREO	cindyjmelomoreno@gmail.	CELULAR	3115785017									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		UNIDAD:				Simon Bolivar					
CENTRO DE COSTOS	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:		1343-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	12384	FECHA	10/02/2026				

**OBJETO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2026		30	04	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:	7,173,920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,483,280
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	180
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,090,304
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	69.89 %

**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
8372602113	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

**CERTIFICADO USSB - CH**

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,

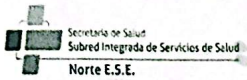
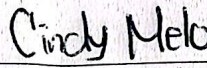
*Sandoval Castro Andrea*  
SANDOVAL CASTRO ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MELO MORENO CINDY JOHANNA

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.

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>			CÓDIGO: AP-CT-F-50				
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL</b>			VERSIÓN: 4				
<b>ÁREA Y/O SERVICIO: HSB106 - HOSP MEDICINA INTERNA USS SIMÓN BOLÍVAR -</b>			<b>UNIDAD:</b>		<b>Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar</b>			
<b>No. DE CONTRATO: 1343-2026</b>		<b>Periodo certificado</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>		<b>1</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>	<b>30</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>	
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: MELO MORENO CINDY JOHANNA</b>			<b>DOCUMENTO: 1019117365</b>					
<b>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.</b>								
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 97%</b>								
<b>ACTIVIDADES CONTRATADAS</b>				<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>				
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 segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario 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 desinfección; aislamiento, y demás).				
6. Cumplir con los procesos de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.				Cumplir con los procesos de atención, instructivos de buenas prácticas, en 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.)				
<b>OBSERVACIONES: 180 HORAS EJECUTADAS</b>								
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2483280) DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS</b>								
 MELO MORENO CINDY JOHANNA 1019117365				Fecha: <u>30</u> / <u>04</u> / <u>2026</u> Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO				
<b>Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</b>								

ACP 17/04/2026

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** CINDY JOHANNA MELO MORENO  
**No. Identificación:** CC1019117365  
**Dirección:** KRA 157 A 131 A 37  
**Telefono:** 3115780  
**Correo:** cindyjmelomoreno@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8372602113

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

<b>Nombre Aportante</b>	CINDY JOHANNA MELO MORENO	<b>Número de Empleados</b>	1
<b>Tipo y número de identificación</b>	CC1019117365	<b>Periodo de Cotización Salud</b>	marzo de 2026
<b>Número de planilla</b>	8372602113	<b>Periodo de Cotización Pensión</b>	marzo de 2026
<b>Fecha pago</b>	2026-04-14	<b>Número de Administradoras</b>	3
<b>Número de autorización pago</b>	63707769	<b>Total Pagado</b>	541800
<b>Banco</b>	1023	<b>Total Intereses de Mora</b>	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
230301	Porvenir	280200	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1019117365  
 APELLIDOS Y NOMBRES: CINDY JOHANNA MELO MORENO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0