

	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: HERNANDEZ GOMEZ ROCHI KATHERINE			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1083905596
CELULAR: 3142514238	CORREO ELECTRÓNICO: rochyk80@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBJ14 - UNIDAD DE QUEMADOS PEDIATRÍA USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIO: ASISTENCIAL		
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 8200801986	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1410-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>164</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</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	164	FECHA	22/01/2026	CDP 2	703	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>10441</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>18235</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	10441	FECHA	01/02/2026	CRP 2	18235	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	10441	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	18235	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.

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 ajusta por solicitud del referente técnico.

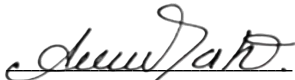
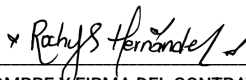
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 15.230.784
VALOR EJECUTADO	\$ 9.022.584
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.724.920
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	270
SALDO POR EJECUTAR	\$ 6.208.200
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	59.2 %

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	9504220633

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 HERNANDEZ GOMEZ ROCHI KATHERINE CC: 1083905596
--	--

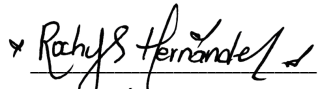

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50												
		VERSIÓN: 4												
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1												
		FECHA: 07/11/2024												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR													
No. DE CONTRATO: 1410-2026	PERIODO CERTIFICADO	<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									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	DOCUMENTO: 1083905596													
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 (%): 59.2 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Monitoreé las tareas diarias asignadas, asegurando que se cumplieran los tiempos establecidos para el servicio. Verifiqué los protocolos de atención y realicé ajustes cuando fue necesario.
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	Verifiqué y apliqué los procesos prioritarios de acuerdo a la normatividad vigente, asegurando la correcta atención a los pacientes. Realicé seguimiento a las actividades del área y realicé ajustes según las normativas de salud.
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Realicé los procedimientos diarios de higienización y lavado de manos según las pautas del manual de bioseguridad. Llevé a cabo la limpieza y desinfección de las áreas asignadas, asegurando el cumplimiento de los protocolos de aislamiento para los pacientes.
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio	Apliqué los procesos de atención de enfermería siguiendo los instructivos de buenas prácticas, brindando cuidados directos a los pacientes de acuerdo con los protocolos establecidos. Realicé evaluaciones periódicas del estado de los pacientes y ajusté las intervenciones según la necesidad.
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Elaboré informes sobre las actividades realizadas en el servicio de quemados pediátricos y participé activamente en las capacitaciones y actividades programadas por la institución. Apliqué los conocimientos adquiridos para mejorar la calidad del servicio.
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Seguí el cronograma de actividades asignadas, asegurando la ejecución puntual de cada tarea dentro del servicio de quemados pediátricos. Coordiné con el equipo de trabajo para garantizar que todas las actividades se completaran dentro de los tiempos establecidos.
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Apliqué los principios de confidencialidad y protección de datos personales al manejar la información de los pacientes. Seguí los protocolos de privacidad establecidos, asegurando que la información no se compartiera con personas no autorizadas y se mantuviera segura en todo momento.
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Participé en las reuniones y actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad Institucional. Apliqué los estándares de calidad en todas las tareas diarias dentro del servicio de quemados pediátricos, identificando áreas de mejora y colaborando en su implementación.
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Realicé el registro detallado y claro de la Historia Clínica de cada paciente, asegurándome de que toda la información estuviera completa y actualizada. Cumplí con los plazos establecidos para el registro de los datos en los sistemas institucionales, siguiendo los lineamientos de la Resolución 1995 de 1999.
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	Proporcioné información clara y comprensible a los pacientes y sus familias sobre los procedimientos, cuidados y evolución de los tratamientos. Mantuve un trato respetuoso y empático, asegurando que se sintieran apoyados y comprendidos en todo momento.
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	Implementé las políticas y guías de manejo establecidas por la institución, ajustándome a los procedimientos y manuales en todas las actividades diarias. Apliqué las mejores prácticas para asegurarme de cumplir con los estándares de calidad y seguridad establecidos en cada uno de los procesos.
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,	Realicé los registros y reportes correspondientes de manera puntual y precisa en los sistemas de información institucionales, incluyendo inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, y los movimientos de ingresos y egresos. Aseguré que todos los formatos institucionales

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
todos los formatos institucionales, etc)	estuvieran debidamente completados y entregados en los plazos establecidos.

OBSERVACIONES:
 270 HORAS CERTIFICADAS
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se ajusta por solicitud del referente técnico.

TOTAL A PAGAR:
 \$ 3.724.920 – TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA HERNANDEZ GOMEZ ROCHI KATHERINE CC: 1083905596</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</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 1083905596		HERNANDEZ GOMEZ ROCHY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 29-18 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4729983	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	290989594	9504220633	I	2026/05/26	2026/05/08	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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$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 1083905596	HERNANDEZ ROCHY	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$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 1083905596		HERNANDEZ GÓMEZ ROCHY KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 29-18 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4729983	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	290989594	9504220633	I	2026/05/26	2026/05/08	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	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	