

	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: OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1010175059
CELULAR: 3142080289	CORREO ELECTRÓNICO: gissyami@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 7100917173	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1819-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4				
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12336	FECHA	10/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21092	FECHA	22/05/2026
CDP 3	769	FECHA	28/05/2026	CRP 3	22225	FECHA	29/05/2026
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: \$ 7.607.958	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 40.903
--	--	---------------------------------------

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
DEBE CORREGIR EL PRODUCTO EN INFORME DE ACTIVIDADES POR FAVOR COLOCAR EL NUMERO DE VECES REALIZADA DE CADA ACTIVIDAD • la obligacion no es ejemplo debe colocar la que corresponde a tu contrato, en el producto debe cuantificar la actividad realizada


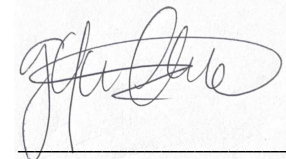
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 44.175.240
VALOR EJECUTADO	\$ 22.087.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 7.117.122
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	174
SALDO POR EJECUTAR	\$ 22.087.620
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50.0 %

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
\$ 2.846.849	\$ 393.300	\$ 503.400	III	\$ 76.700	\$ 973.400	9503805688

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 OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE CC: 1010175059
---	---

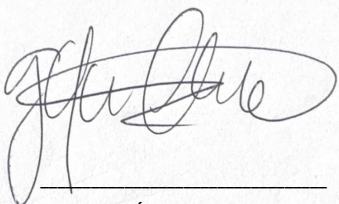
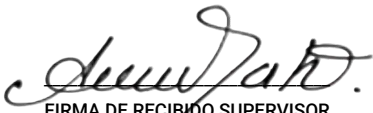
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO												
No. DE CONTRATO: 1819-2026	PERIODO CERTIFICADO												
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </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 CONTRATISTA: OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE	DOCUMENTO: 1010175059												
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 (%): 50.0 %													

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Realizar seguimiento clínico a maternas y recién nacidos hospitalizados.	Revisión diaria de evolución clínica, signos vitales, lactancia materna y condiciones generales en alojamiento conjunto.
Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución.	Ejecución de atención médica en sala de partos y alojamiento conjunto, garantizando cumplimiento de tiempos institucionales y atención segura del binomio madre-hijo.
Realizar valoración integral del recién nacido posterior al nacimiento.	Valoración neonatal inmediata, adaptación neonatal y tamizaje cardíaco neonatal según protocolos institucionales.
Realizar seguimiento clínico a maternas y recién nacidos hospitalizados.	Revisión diaria de evolución clínica, signos vitales, lactancia materna y condiciones generales en alojamiento conjunto.
Garantizar adecuado diligenciamiento de registros clínicos y paraclínicos.	Revisión de laboratorios, paraclínicos, historias clínicas y documentación médica requerida durante la atención.
Brindar educación e información al usuario y su familia.	Orientación a pacientes y familiares sobre signos de alarma, lactancia materna, cuidados del recién nacido y planificación familiar.
Cumplir con procesos prioritarios institucionales y guías clínicas vigentes.	Aplicación de protocolos de bioseguridad, consentimiento informado y adherencia a RIAS materno perinatales.
Realizar entrega y recibo de turno según lineamientos institucionales.	Entrega de pacientes, reporte clínico y continuidad del manejo médico entre turnos asistenciales.

OBSERVACIONES:
174 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR: \$ 7.117.122 – SIETE MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/CTE
--

Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE CC: 1010175059	Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916
--	---

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010175059		OLMOS LEGUIZAMO GISELL YAMILÉ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 28a # 15-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-05	2026-05	294126756	9503805688	I	2026/06/16	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$973,400	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																								\$3,146,000	\$503,400			\$3,146,000	\$393,300			\$0	\$0			\$3,146,000	\$76,700		\$0	\$0			\$973,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$3,146,000	\$503,400			\$3,146,000	\$393,300			\$0	\$0			\$3,146,000	\$76,700		\$0	\$0			\$973,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								\$3,146,000	\$503,400			\$3,146,000	\$393,300			\$0	\$0			\$3,146,000	\$76,700		\$0	\$0			\$973,400
1	CC	1010175059	OLMOS GISELL																	23020	30	\$3,146,000	\$503,400	EPS005	30	\$3,146,000	\$393,300		0	\$0	\$0	14-11	30	\$3,146,000	2.436%	\$76,700	0	\$0	\$0	No	\$973,400		
Total Afiliados(1)						\$3,146,000	\$503,400			\$3,146,000	\$393,300			\$0	\$0	\$3,146,000	\$76,700		\$0	\$0			\$973,400																				

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$503,400	\$0	\$0	\$503,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$503,400	\$0	\$0	\$503,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$76,700	\$0	\$0	\$76,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$76,700	\$0	\$0	\$76,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$393,300	\$0	\$0	\$393,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$393,300	\$0	\$0	\$393,300
TOTAL				1	\$973,400	\$0	\$0	\$973,400