Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: **ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**55302607**
CELULAR: **3004872085**	CORREO ELECTRÓNICO: **alexsandraortiz@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESD01 - PARTOS Y CESAREAS USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCOLOMBIA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **20485109795**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2080-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10956	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21529	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	–	**FECHA**	–	**CRP 3**	–	**FECHA**	–
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: **$ 17.659.026**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 94.941**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 87.820.425**
VALOR EJECUTADO	$ 51.173.199
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 18.988.200**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	200
SALDO POR EJECUTAR	$ 36.647.226
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**58.3 %**

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
$ 7.367.422	$ 930.300	$ 1.265.400	III	$ 181.300	**$ 2.377.000**	9502889539

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
ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
CC: 55302607

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-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 SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**						
No. DE CONTRATO: **2080-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA**	DOCUMENTO: **55302607**						
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 (%): **58.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Dí cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución
2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades	Cumplí con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecuté mis actividades
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	Realizé recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/ o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad	Cumplí con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/ o área asignada, realizé los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizé la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccioné los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	Realizé seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica
6 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución	Brindé información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	Apliqué las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Realizé la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Registré permanentemente los sistemas de información que están a mí cargo y los mantuve al día
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Cumplí con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convocó y presenté la certificación correspondiente
11 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Presenté las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Cumplí con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	Asistí a los comités intra y extrainstitucionales, cuando fue requerido

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad	Participé en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad
15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución	Cumplí con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, favorezciendo el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución
16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución	Apoyé la ejecución coordinada de actividades en el servicio que se me asignó y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Cumplí con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades
18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte	Apliqué los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte

OBSERVACIONES:

200 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 18.988.200 — DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



_____

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
CC: 55302607

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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55302607		ORTIZ ROVIRA ALEXSANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 79 # 19 a - 28 int 2 apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3004872085	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	293778039	9502889539	I	2026/05/05	2026/05/11	BANCOLOMBIA	6	$2,387,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$7,442,038	$1,265,400			$7,442,038	$930,300			$0	$0			$7,442,038		$181,300		$0	$0		$2,377,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$7,442,038	$1,265,400			$7,442,038	$930,300			$0	$0			$7,442,038		$181,300		$0	$0		$2,377,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$7,442,038	$1,265,400			$7,442,038	$930,300			$0	$0			$7,442,038		$181,300		$0	$0		$2,377,000
1	CC	55302607	ORTIZ ALEXSANDRA								X									25-14	30	$7,442,038	$1,265,400	EPS010	30	$7,442,038	$930,300		0	$0	$0	14-23	30	$7,442,038	2.436%	$181,300	0	$0	$0	No	$2,377,000
Total	**Afiliados(1)**																				$7,442,038	$1,265,400			$7,442,038	$930,300			$0	$0			$7,442,038		$181,300		$0	$0		$2,377,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,265,400	$5,600	$0	$1,271,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,265,400	$5,600	$0	$1,271,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$181,300	$800	$0	$182,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$181,300	$800	$0	$182,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$930,300	$4,000	$0	$934,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$930,300	$4,000	$0	$934,300
TOTAL				**1**	**$2,377,000**	**$10,400**	**$0**	**$2,387,400**

Espacio para
Logo Corporativo

ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
NIT 55.302.607-7
CR 79 19A 28 IN 2 AP 201
Tel: (031) 5511886
Bogotá - Colombia
alexsandraortiz@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 140

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
NIT	900.971.006-4	**Teléfono**	(031) 4431790
Dirección	CL 66 15 41	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	12/05/2026, 15:16
Expedición	12/05/2026, 15:16
Vencimiento	12/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS MEDICOS	1.00	18,988,200.00

Total items: 1

Total Bruto	18,988,200.00
Total a Pagar	18,988,200.00

Valor en Letras:
Dieciocho millones novecientos ochenta y ocho mil doscientos pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 18,988,200.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072582641 aprobado en 20240607 prefijo FE desde el número 101 al 200 Vigencia: 24 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 813974f71cba6f994bba5b39c66cdbc72419085e35b906d49f07998df0d5df31c0219c512efcc5a6881d3b73fa93bfb0

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML