

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 8
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: STEFANIA GUERRERO CHACON</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>1003741834</b>
<b>CELULAR:</b> 3006378240	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> stefaniaguerrerochacon@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> HSBI20CG - HOSP QUIRURGICOS - INTERCONSULTA CIRUGIA GENERAL- USS SIMÓN BOLIVAR
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 18389622318	
<b>PENSIONADO:</b>	<b>SI No X</b>		

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 1725-2026				<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4			
<b>CDP 1</b>	164	<b>FECHA</b>	22/01/2026	<b>CRP 1</b>	10121	<b>FECHA</b>	01/02/2026
<b>CDP 2</b>	703	<b>FECHA</b>	20/05/2026	<b>CRP 2</b>	19485	<b>FECHA</b>	22/05/2026
<b>CDP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—

**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.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
	01	05	2026	31	05	2026
<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 4.022.994	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL			<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 21.629		

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

En los distintos apartados de productos entregados, no se especifica la cantidad, no se considera un informe válido para proceder con el pago.

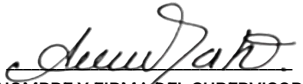

### CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>	<b>\$ 19.595.874</b>
<b>VALOR EJECUTADO</b>	<b>\$ 11.420.112</b>
<b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>	<b>\$ 4.152.768</b>
<b>TOTAL HORAS CONTRATADAS</b>	<b>186</b>
<b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES</b>	<b>192</b>
<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$ 8.175.762</b>
<b>VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)</b>	<b>\$ 0</b>
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>58.3 %</b>

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	81886882

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> STEFANIA GUERRERO CHACON CC: 1003741834
---	--

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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: 1725-2026	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: 1003741834													
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
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución (asignación de cama), identificando y cumpliendo indicadores del servicio asignado (giro cama, porcentaje ocupacional, estancia hospitalaria, etc.).	Se realizó la gestión diaria de asignación de camas en el servicio de hospitalización pre y post quirúrgico, garantizando el flujo oportuno de pacientes, controlando indicadores como giro cama, porcentaje ocupacional y estancia hospitalaria, y reportando novedades al equipo asistencial.
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	Se supervisó el cumplimiento de los procesos prioritarios del servicio, asegurando la adherencia a la normatividad vigente en la atención de pacientes quirúrgicos, incluyendo protocolos de ingreso, egreso y atención segura.
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	Se revisaron, validaron y enviaron oportunamente las órdenes médicas a farmacia, garantizando la correcta administración, registro y devolución de medicamentos conforme al ciclo institucional.
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Se gestionaron oportunamente los requerimientos del servicio (insumos, equipos y talento humano) mediante solicitudes formales a las áreas administrativas correspondientes.
5 Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Se realizó y supervisó la aplicación de protocolos y procedimientos institucionales por parte del personal de enfermería, garantizando la adherencia a las guías establecidas en el servicio.
6 Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Se participó en capacitaciones institucionales programadas, fortaleciendo conocimientos en seguridad del paciente, bioseguridad y atención en salud.
7 Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato	Se cumplió con la programación institucional de actividades del servicio, garantizando la ejecución de tareas asistenciales y administrativas según cronograma establecido.
8 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, con registro en historia clínica	Se brindó educación a los paciente y su familia sobre su estado de salud, cuidados postquirúrgicos, riesgos y signos de alarma, dejando registro en historia clínica.
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	Se aplicaron políticas, guías y protocolos institucionales en la atención de pacientes, garantizando calidad y seguridad en los procesos asistenciales.
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	Se garantizó el cumplimiento de normas de bioseguridad mediante su uso y supervisión del uso adecuado de elementos de protección personal y manejo de residuos hospitalarios en el servicio.
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Se realizó la notificación oportuna de eventos adversos, infecciones intrahospitalarias y sucesos de seguridad del paciente conforme a lineamientos institucionales.
12 Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan	Se gestionaron traslados, referencias y contrarreferencias de pacientes, garantizando continuidad en la atención dentro de la red de servicios.
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Se cumplió con la asistencia a capacitaciones obligatorias convocadas por la Subred Norte, incluyendo actividades virtuales y presenciales.
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.	Se realizó entrega de turno interdisciplinaria, identificando necesidades del paciente, priorizando cuidados y supervisando el personal del servicio.
15 Registrar de manera completa, legible y oportuna la	Se diligenció de manera clara y oportuna la historia clínica y registros


OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	institucionales conforme a la normatividad vigente.
16 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, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Se presentaron evaluaciones institucionales de conocimientos y adherencia a protocolos, cumpliendo con los lineamientos de la Subred.
17 Realizar seguimiento a la apropiación y adherencia a procesos institucionales del personal a cargo, de existir alguna novedad establecer plan de trabajo para fortalecer competencias en conjunto con el Profesional especializado y/o Referente del servicio	Se realizó seguimiento al personal del servicio en la adherencia a procesos institucionales, implementando acciones de mejora y fortalecimiento de competencias.

OBSERVACIONES:

192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 4.152.768 – CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>_____  <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>            STEFANIA GUERRERO CHACON            CC: 1003741834</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b>            ANDREA SANDOVAL CASTRO            CC: 52770916</p>
---	--

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1003741834	STEFANIA GUERRERO CHACON		Calle 86 90F 16	3006378240	stefaniaguerrerochacon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81886882	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>576.900</b>	<b>576.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1003741834	STEFANIA GUERRERO CHACON		Calle 86 90F 16	3006378240	stefaniaguerrerochacon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81886882	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1003741834	GUERRERO CHACON STEFANIA	57	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA