

	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: JUANA DEL PILAR CONTRERAS RODRIGUEZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1011095706
CELULAR: 3249478383	CORREO ELECTRÓNICO: pilicon0819@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBJ08 - U. ESP UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488452760496	
PENSIONADO:	SI No X		

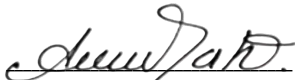
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4463-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.67			
CDP 1	769	FECHA	28/05/2026	CRP 1	23133	FECHA	16/06/2026
CDP 2	—	FECHA	—	CRP 2	—	FECHA	—
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
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
			16	06	2026	30 06 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

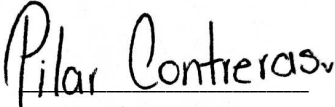
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 4.276.760
VALOR EJECUTADO	\$ 1.158.864
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 1.158.864
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	84
SALDO POR EJECUTAR	\$ 3.117.896
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27.1 %

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
—	\$ 0	\$ 0	III	\$ 0	\$ 0	—

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio 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 JUANA DEL PILAR CONTRERAS RODRIGUEZ CC: 1011095706
---	---

	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 SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 4463-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					16	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUANA DEL PILAR CONTRERAS RODRIGUEZ				DOCUMENTO: 1011095706						
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 (%): 27.1 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Realicé la producción del servicio asignado siguiendo los procedimientos establecidos por la institución, asegurando que cada etapa se completara dentro de los tiempos programados. Verifiqué la calidad de los resultados antes de este proceso, asegurando estándares de eficiencia y precisión requeridos.					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					Ejecuté los procesos prioritarios establecidos para el funcionamiento del servicio asignado, cumpliendo con lo acordado y establecido en la normativa vigente. Realicé cada tarea siguiendo los procedimientos establecidos, priorizando la eficacia, la seguridad y la continuidad del servicio, garantizando su correcta operación.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					Cumplí estrictamente con el manual de seguridad (higienización) relacionado con la higiene y lavado de manos según las normas establecidas.					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					Cumplí estrictamente con el manual de bioseguridad, realizando la higienización y lavado de manos según los procedimientos establecidos, ejecutando la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo, aplicando medidas de aislamiento cuando fue necesario y siguiendo todas las demás normas de prevención.					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					Elaboré y presenté los informes correspondientes según los requisitos institucionales, asegurando que la información fuera clara, completa y apropiada. Además, asistí a las capacitaciones brindadas, aportando mis conocimientos adquiridos para mejorar la prestación del servicio.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					Realicé todas las actividades programadas según el cronograma del servicio, asegurando que cada tarea se completara de acuerdo con los estándares de calidad requeridos para el servicio, garantizando un correcto desarrollo de cada actividad.					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					Mantuve la confidencialidad de toda la información manejada durante el desarrollo de las actividades, asegurando que los datos de pacientes, personal y procesos institucionales se protegieran conforme a la normativa vigente. Apliqué medidas de seguridad en el manejo, almacenamiento y transmisión de la información, garantizando la privacidad y la integridad de los datos.					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					Cumplí con los procesos de atención de enfermería establecidos, aplicando los instructivos de buenas prácticas en cada intervención realizada. Presté el servicio de manera segura, eficiente y de acuerdo con los protocolos institucionales, garantizando la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes.					
9, 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.					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					Se brinda de forma clara y eficaz, educada y sobre los procesos de atención del paciente a familiares.					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					Realizo atención de paciente adaptándome a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					
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)					Realizo 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.).					

OBSERVACIONES:	
84 HORAS CERTIFICADAS	
TOTAL A PAGAR: \$ 1.158.864 — UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE	
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA JUANA DEL PILAR CONTRERAS RODRIGUEZ CC: 1011095706	Fecha: 30/06/2026  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.	