

	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: ERIKA YULIANA BARAJAS ROMAN			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1001118486
CELULAR: 3004526300	CORREO ELECTRÓNICO: erikabarajas1426@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBJ08-1 - U. ESP UCI INTERMEDIO QUEMADOS USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488440343363	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4459-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.73
---	-----------------------------------

CDP 1	769	FECHA	28/05/2026	CRP 1	23063	FECHA	11/06/2026
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
	11 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.)

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: La referente Técnica de enfermería reporta horas ejecutadas 114

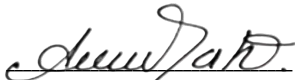
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 4.447.831
VALOR EJECUTADO	\$ 1.572.744
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 1.572.744
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	114
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.875.087
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	35.4 %

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,

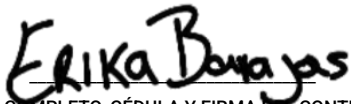
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ERIKA YULIANA BARAJAS ROMAN CC: 1001118486
--	--

	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: 4459-2026					PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO						11	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ERIKA YULIANA BARAJAS ROMAN					DOCUMENTO: 1001118486						
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 (%): 35.4 %											

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Cumplir con los estandares del servicio asignado en los tiempos establecidos.	Cumplir con los estandares en los tiempos establecidos
2.Dar cumplimiento a los procesos prioritarios del servicio de acuerdo a la normatividad vigente.	Cumplir con los procesos establecidos para el funcionamiento del servicio respetando las normatividades.
3.Cumplir con el manual de bioseguridad.	Cumplir con los diferentes protocolos establecidos y uso de los elementos de bioseguridad.
4.Cumplir con los procesos de atencion de enfermeria.	Realice cumplimientos de instructivos de buenas practicas en la prestacion del servicio.
5.Presentar informes y asistir a las capacitaciones y actividades	Asisti a las capacitaciones y actividades propuestas en el servicio.
6.cumplimiento de actividades según el cronograma del servicio.	Cumpli con las actividades propuestas en el servicio.
7.Mantener la confidencialidad.	Mantuve la confidencialidad de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
8.Aplicar la politica de calidad institucional.	Se participa en el sistema de gestion de calidad institucional.
9.Registrar de manera completa y legible la historia clinica.	Se realizan registros institucionales de manera completa y legible.
10.Brindar informacion al usuario y su familia de manera respetuosa.	Se brinda informacion oportuna al usuario y su familia de manera respetuosa.
11.Adaptarse a los instructivos institucionales.	Me he adaptado favorablemente a las politicas,guias de manejo, instructivos,manuales ,procesos y procedimientos institucionales.
12.Realizar registros de todos los formatos institucionales.	Se realiza de manera adecuada y oportuna todos los formatos institucionales.

OBSERVACIONES:
114 HORAS CERTIFICADAS AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: La referente Técnica de enfermería reporta horas ejecutadas 114

TOTAL A PAGAR: \$ 1.572.744 – UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ERIKA YULIANA BARAJAS ROMAN CC: 1001118486	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.