

	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: NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1019147759
CELULAR: 3332664651	CORREO ELECTRÓNICO: to.natalialafont@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESM06-2 - A T TERAPIA OCUPACIONAL USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 19118889706	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4188-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.8			
CDP 1	549	FECHA	20/04/2026	CRP 1	17282	FECHA	08/05/2026
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	—

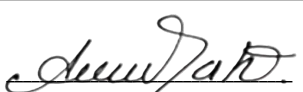
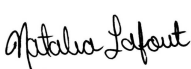
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		HASTA			
				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
				01	06	2026	30	06	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 3.993.048		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 21.468				
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 7.187.487
VALOR EJECUTADO	\$ 3.993.048
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.993.048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	\$ 3.194.439
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	55.6 %

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	37424690

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 NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL CC: 1019147759
--	--

	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: 4188-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL				DOCUMENTO: 1019147759						
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 (%): 55.6 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1 Evaluar individualmente pacientes con terapia ocupacional en urgencias y/o hospitalización, que requieran su intervención					Realización de evaluaciones de terapia ocupacional integrales a pacientes captados en los servicios de urgencias y hospitalización de la unidad.					
2 Realizar plan de tratamiento para pacientes con orden de terapia ocupacional en urgencias y/o hospitalizados					Diseño y ejecución de planes de intervención terapéutica específicos según la patología					
3 Socializar el plan casero en los pacientes que así lo requieran y educación al paciente, familia o cuidador					Brindar orientación verbal y escrita sobre ejercicios de estimulación para continuar el proceso en casa.					
4 Incorporar creatividad, capacidad de observación, análisis, reflexión, vocación de servicio, habilidad para la comunicación, con los usuarios y sus familias					Aplicación de estrategias terapéuticas lúdicas y adaptadas a la condición clínica de cada paciente para favorecer su recuperación.					
5 Realizar registro completo y con calidad de las historias clínicas en el sistema de información de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 en el sistema de información establecido por la Subred Norte ESE					Registro oportuno y detallado de cada atención cumpliendo con la normativa de reserva y calidad de la información (Res. 1995/1999).					
6 Presentar informe mensual de ejecución de actividades, soporte de pago de planilla de seguridad social (EPS, PENSION, ARL) con el fin de realizar la certificación correspondiente al periodo laborado					Consolidación de las actividades asistenciales realizadas durante el periodo y organización de soportes de seguridad social.					
7 Cumplir con calidad y oportunidad la atención de los pacientes según la solicitud médica, en los tiempos estipulados, velando por la satisfacción del usuario, la familia, la comunidad manteniendo los estándares de calidad y productividad					Atención de interconsultas y órdenes médicas dentro de los tiempos de respuesta establecidos por la Subred.					
8 Brindar trato humano, digno con ética y calidad al cliente interno y externo de la Subred Norte ESE con manejo y abordaje en la prevención de deficiencias, trastornos psicobiologicos, sociales, discapacidades, limitaciones o restricciones, que garanticen la satisfacción del usuario, y respuesta oportuna al 100% a las quejas y reclamos					Estandarizar las pautas de comportamiento, atención clínica y administrativa para garantizar un trato digno, la prevención de riesgos psicosociales y la resolución total de las necesidades del usuario					
9 Cumplir con los estándares de calidad, protocolos, guías, manuales, instructivos, establecidos por la Subred Norte ESE manteniendo un grado de adherencia del 80%, revisando y actualizando cuando así se requieran la documentación del sistema de gestión de calidad del servicio del área en la Subred Norte ESE					Diseñar y participar en los diferentes ámbitos como educación al usuario y su familia, socializando derechos y deberes, direccionamiento a RIAS, autocuidado, notificación de incidentes, eventos adversos, complicaciones derivadas de las atenciones asistenciales, cumplimiento a los programas de gestión ambiental y las directrices del comité de IAAS, velar por el adecuado uso, cuidado, manejo, control y custodia de los elementos y equipos asignados al servicio de terapias que pertenecen a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte dando cumplimiento al manual de bioseguridad.					
10 Promover y ejecutar actividades de educación al usuario y su familia (demanda inducida, socialización derechos y deberes, autocuidado y planes caseros) favoreciendo direccionamiento de RIAS y notificación de sucesos de seguridad					Vigilancia activa de la seguridad del paciente y reporte oportuno de cualquier novedad en la plataforma institucional.					
11 Acompañar el desarrollo de las auditorías realizadas en la Subred Norte ESE en las cuales se requiera de la participación del contratista					Participación en la revisión de historias clínicas y entrega de soportes requeridos por el área de calidad o auditoría.					
12 Cumplir con los programas de gestión ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias					Aplicación de técnicas de asepsia, lavado de manos y correcta segregación de residuos hospitalarios en el servicio.					
13 Asistir a comités de área, capacitaciones, reuniones					Asistencia y participación activa en reuniones de equipo, entregas de					

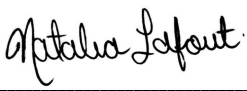
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
programadas y demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual	turno y capacitaciones programadas por la Subred.
14 Velar por el adecuado uso, cuidado, manejo, control, custodia de los elementos y equipos asignados al servicio de terapias que pertenecen a la Subred Norte, dando cumplimiento al manual de bioseguridad de la Subred Norte ESE, así como garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio	Limpieza técnica y cuidado de equipos (materiales de evaluación) y uso racional de insumos médicos.
15 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte ESE, cumpliendo 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	Cumplimiento de los estándares de habilitación aplicables al servicio de fonoaudiología y cultura de mejora continua.
16 Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios	Promoción de los servicios de la institución y alineación de la práctica profesional con los objetivos estratégicos de la entidad.
17 Apoyar y fomentar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre	Coordinación constante con fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería y medicina para el manejo integral del paciente.

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 3.993.048 – TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL CC: 1019147759	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.



RAZÓN SOCIAL :	NATALIA MARCELA LAFONT SANDOVAL
IDENTIFICACIÓN:	CC-1019147759
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-16
FECHA DE PAGO:	2026-06-23
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	37424690
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37424690
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 218.900	\$ 220.100
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 1.500	\$ 280.200	\$ 281.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 42.700	\$ 43.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.000	\$ 541.800	\$ 544.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/07/2026
----------------------------------	------------