

	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: GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1033805867
CELULAR: 3134838911	CORREO ELECTRÓNICO: salamancagreis@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESC10 - QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 24099844042	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4011-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.63																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>439</td><td>FECHA</td><td>19/03/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	439	FECHA	19/03/2026	CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CDP 3	—	FECHA	—	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>16252</td><td>FECHA</td><td>16/04/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>19017</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	16252	FECHA	16/04/2026	CRP 2	19017	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	439	FECHA	19/03/2026																																														
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	16252	FECHA	16/04/2026																																														
CRP 2	19017	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	—	FECHA	—																																														
CRP 4	—	FECHA	—																																														
CRP 5	—	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
	17	04	2026	30	04	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796		

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

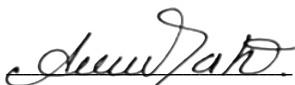
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 6.208.200
VALOR EJECUTADO	\$ 993.312
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 993.312
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	72
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.214.888
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	16.0 %

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 Abril del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	
---	--

Greis salamanca

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA
CC: 1033805867

	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: 4011-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					17	04	2026	30	04	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA				DOCUMENTO: 1033805867						
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 (%): 16.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Realicé seguimiento diario de los procesos de producción, verifiqué que cada actividad cumpliera con los estándares de calidad y tiempos establecidos, y coordiné ajustes cuando fue necesario.					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					Supervisé la ejecución de los procesos prioritarios, verifiqué que se ajustaran a la normatividad vigente y documenté cada etapa del servicio asignado.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					Realicé higienización y lavado de manos según protocolo, ejecuté limpieza y desinfección de áreas y equipos, y apliqué medidas de aislamiento según las directrices del manual de bioseguridad.					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					Realicé la atención de enfermería siguiendo los instructivos de buenas prácticas, asegurando el cumplimiento de protocolos en cada procedimiento y registrando la atención brindada.					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					Elaboré y entregué informes periódicos de actividades realizadas, asistí a capacitaciones programadas y participé en actividades institucionales según la planificación establecida.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					Realicé todas las actividades programadas siguiendo el cronograma del servicio, asegurando que se cumplieran los tiempos y objetivos establecidos.					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					Gestioné información sensible siguiendo las políticas institucionales de confidencialidad, asegurando que los datos de pacientes y procesos no se compartieran sin autorización.					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					Participé activamente en la implementación y seguimiento de la política de calidad institucional, cumpliendo los lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad y aportando sugerencias para mejorar los procesos.					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					Llevé un registro completo, claro y oportuno de la Historia Clínica y demás registros institucionales, asegurando que toda la información cumpliera con los lineamientos de la Resolución 1995 de 1999.					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					Proporcioné información clara y completa a los usuarios y sus familias, asegurando un trato amable, respetuoso y empático durante toda la interacción.					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					Me adapté y seguí de manera constante las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos de la institución en todas las actividades asignadas.					
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)					Registré y reporté de forma completa y oportuna la información en todos los sistemas institucionales, incluyendo inventarios, eventos adversos, ingresos y egresos, y demás formatos requeridos.					
OBSERVACIONES:										
72 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 993.312 – NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE										
Fecha: 30/04/2026					Fecha: 30/04/2026					

Greis salamanca


FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA
CC: 1033805867

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