

	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: CESD01 - PARTOS Y CESAREAS 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
	01	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796		

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

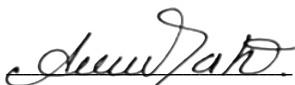
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 6.208.200
VALOR EJECUTADO	\$ 3.642.144
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.648.832
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.566.056
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	58.7 %

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
\$ 875.625	\$ 109.500	\$ 140.100	III	\$ 21.400	\$ 271.000	9505210335

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo 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					01	05	2026	31	05	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 (%): 58.7 %										
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:										
192 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 2.648.832 – DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE										
Fecha: 31/05/2026					Fecha: 31/05/2026					

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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033805867		GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 a # 48 r 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3568765	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	331165316	9505210335	I	2026/05/19	2026/05/25	NEQUI	\$250,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																											
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc		
1	CC	1033805867	SALAMANCA ACOSTA GREIS YAMILE	Independiente	0	No	No		X	2026/04/16																										

Total Afiliados(1)

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION											SALUD								
	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irt	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							\$ 1.750.000	No		PORVENIR	15	\$ 875.453	16%	SIN RIESGO	\$ 140.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.100		SALUD TOTAL	15	\$ 875.453	12,5%	\$ 109.500	\$ 0
																					\$ 140.100						\$ 109.500	

PLANILLA DE PAGADORA																							
		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
\$ 109.500			0	\$ 0	0%	\$ 0		0	\$ 0	0%	1	\$ 0	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
\$ 109.500						\$ 0						\$ 0				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033805867		GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 a # 48 r 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3568765	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	331165316	9505210335	I	2026/05/19	2026/05/25	NEQUI	\$250,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,100	\$700	\$0	\$140,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,100	\$700	\$0	\$140,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,500	\$500	\$0	\$110,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$109,500	\$500	\$0	\$110,000
TOTAL				1	\$249,600	\$1,200	\$0	\$250,800

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033805867		GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 a # 48 r 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3568765	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	340863656	9505505945	N	2026/05/19	2026/05/27	NEQUI	8	\$21,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	
1	CC	1033805867	SALAMANCA ACOSTA GREIS YAMILE	Independiente		0	No	No	X	2026/04/16									A															
2	CC	1033805867	SALAMANCA ACOSTA GREIS YAMILE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes		0	No	No	X	2026/04/16									C															
Total		Afiliados(1)																																

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD						
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irt	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						\$ 1.750.000	No		PORVENIR	15	-\$ 875.453	16%	SIN RIESGO	-\$ 140.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	-\$ 140.100		SALUD TOTAL	15	-\$ 875.453	12,5%	-\$ 109.500	\$ 0
						\$ 1.750.000	No		PORVENIR	15	\$ 875.453	16%	SIN RIESGO	\$ 140.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.100		SALUD TOTAL	15	\$ 875.453	12,5%	\$ 109.500	\$ 0
																				\$ 0						\$ 0	

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
-\$ 109.500			0	\$ 0	0%	\$ 0	ARL SURA	0	\$ 0	0%	3	\$ 0	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
\$ 109.500			0	\$ 0	0%	\$ 0	ARL SURA	15	\$ 875.453	2,436%	3	\$ 21.400	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
\$ 0						\$ 0						\$ 21.400				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033805867		GREIS YAMILE SALAMANCA ACOSTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 a # 48 r 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3568765	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	340863656	9505505945	N	2026/05/19	2026/05/27	NEQUI	8	\$21,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$200	\$0	\$21,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$200	\$0	\$21,600	
TOTAL				1	\$21,400	\$200	\$0	\$21,600	