

	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: KELLY ALEJANDRA RAMIREZ JARAMILLO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1022394032
CELULAR: 3158585060	CORREO ELECTRÓNICO: surocteriaocupacional@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: FBCM06-2 - A T TERAPIA OCUPACIONAL USS FRAY BARTOLOMÉ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488412064690	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3833-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.5			
CDP 1	439	FECHA	19/03/2026	CRP 1	15636	FECHA	25/03/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19292	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

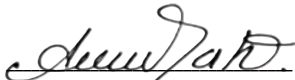
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		HASTA	
			DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
			01	06	2026	30 06 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 3.993.048		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:	\$ 15.328.152
VALOR EJECUTADO	\$ 7.664.076
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.993.048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	\$ 7.664.076
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50.0 %

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
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	9505098502

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 KELLY ALEJANDRA RAMIREZ JARAMILLO CC: 1022394032
--	--

	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: 3833-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: KELLY ALEJANDRA RAMIREZ JARAMILLO				DOCUMENTO: 1022394032						
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 (%): 50.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1 Evaluar individualmente pacientes con terapia ocupacional en urgencias y/o hospitalización, que requieran su intervención					Realicé valoración inicial a usuarios asignados.					
2 Realizar plan de tratamiento para pacientes con orden de terapia ocupacional en urgencias y/o hospitalizados					Elaboré planes de intervención según diagnóstico ocupacional.					
3 Socializar el plan casero en los pacientes que así lo requieran y educación al paciente, familia o cuidador					Ejecuté sesiones de terapia ocupacional programadas					
4 Incorporar creatividad, capacidad de observación, análisis, reflexión, vocación de servicio, habilidad para la comunicación, con los usuarios y sus familias					Hice seguimiento al progreso de los usuarios.					
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					Diligencié historias clínicas conforme a lineamientos.					
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					Desarrollé actividades de estimulación, mantenimiento y rehabilitación.					
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					Brindé orientación a familiares y cuidadores					
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					Participé en reuniones interdisciplinarias.					
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					Elaboré informes de intervención.					
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					Actualicé bases de datos de usuarios atendidos.					
11 Acompañar el desarrollo de las auditorías realizadas en la Subred Norte ESE en las cuales se requiera de la participación del contratista					Gestioné solicitudes y requerimientos del supervisor.					
12 Cumplir con los programas de gestión ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias					Implementé estrategias de mejora en la atención.					
13 Asistir a comités de área, capacitaciones, reuniones programadas y demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual					Realicé actividades de promoción y prevención.					
14 Velar por el adecuado uso, cuidado, manejo, control, custodia de los elementos y equipos asignados al servicio					Verifiqué el cumplimiento de protocolos de atención.					

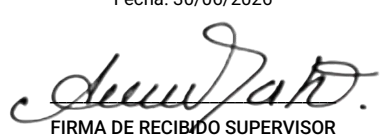
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
de terapias que pertenecen a la Subred Norte, dando cumplimiento al manual de bioseguridad de la Subred Norte ESE, así como garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio	
15 Participar en el 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	Apoyé procesos administrativos del servicio.
16 Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios	Realicé control y seguimiento de asistencia de usuarios.
17 Apoyar y fomentar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre	Consolidé información mensual de actividades.

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 KELLY ALEJANDRA RAMIREZ JARAMILLO CC: 1022394032	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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022394032		RAMIREZ JARAMILLO KELLY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 A#92-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5480533	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	369865298		9505098502	I	2026/06/09	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1022394032	RAMIREZ KELLY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS037	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022394032		RAMIREZ JARAMILLO KELLY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 A#92-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5480533	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	369865298	9505098502	I	2026/06/09	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	