

	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

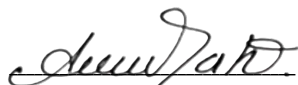
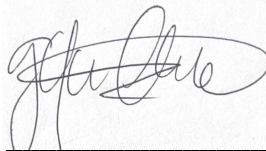
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1010175059
CELULAR: 3142080289	CORREO ELECTRÓNICO: gissyami@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESD01 - PARTOS Y CESAREAS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 7100917173	
PENSIONADO:	SI No X		

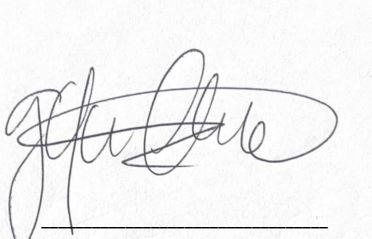
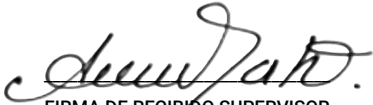
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1819-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12336	FECHA	10/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21092	FECHA	22/05/2026
CDP 3	769	FECHA	28/05/2026	CRP 3	22225	FECHA	29/05/2026
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
		01	06	2026	30	06
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 7.607.958		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 40.903	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						
DEBE COMPLETAR LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES COMPLETAS • DEBE COMPLETAR LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES COMPLETAS • DEBE COMPLETAR LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES COMPLETAS						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 44.175.240
VALOR EJECUTADO	\$ 29.204.742
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 7.362.540
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	\$ 14.970.498
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66.1 %

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
\$ 2.945.016	\$ 393.300	\$ 503.400	III	\$ 76.700	\$ 973.400	9506117188

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 OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE CC: 1010175059
--	--	--

	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: 1819-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE				DOCUMENTO: 1010175059						
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 (%): 66.1 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					130 atenciones médicas realizadas durante el mes (promedio 4–6 partos diarios), con cumplimiento de tiempos institucionales.					
Cumplir con procesos prioritarios del servicio					Cumplimiento documentado de procesos prioritarios y protocolos institucionales durante el período.					
Realizar recibo y entrega de turno					30 entregas y recibos de turno ejecutados con continuidad asistencial garantizada.					
Cumplir actividades asistenciales y registros clínicos					124 controles antenatales, adaptaciones neonatales, tamizajes cardíacos y revisiones de paraclínicos registrados.					
Brindar información al usuario y familia					Información suministrada y registrada en la totalidad de pacientes atendidos.					
Aplicar políticas y guías institucionales					Adherencia a guías institucionales evidenciada mediante registros clínicos.					
Realizar notificación obligatoria					Notificación realizada de acuerdo con ocurrencia y normatividad vigente.					
Registrar sistemas de información					Historias clínicas y sistemas institucionales actualizados oportunamente.					
Cumplir capacitaciones					Participación y cumplimiento de actividades académicas institucionales.					
Presentar evaluaciones institucionales					Evaluaciones institucionales presentadas dentro del periodo.					
Cuidado de equipos					Conservación adecuada de equipos sin novedades reportadas.					
Asistir a comités					Asistencia registrada según convocatoria institucional.					
Participar en habilitación y acreditación					Participación activa en procesos de calidad institucional.					
Cumplir competencias institucionales					Cumplimiento de actividades orientadas al fortalecimiento institucional.					
Apoyar ejecución coordinada					Se mantuvo articulación permanente con enfermería y servicios relacionados para continuidad del cuidado.					
Autocontrol de insumos					Uso racional y control de recursos documentado.					
Aplicar principios y valores institucionales					Atención humanizada brindada durante todo el periodo.					
OBSERVACIONES:										
180 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR:										
\$ 7.362.540 – SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE										
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA OLMOS LEQUIZAMO GISELL YAMILE CC: 1010175059					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	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010175059		OLMOS LEGUIZAMO GISELL YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 28a # 15-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	374955721	9506117188	I	2026/07/14	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$973,400

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		
1	CC	1010175059	OLMOS GISELL	230201	30	\$3,146,000	\$503,400	EPS005	30	\$3,146,000	\$393,300		0	\$0		\$0	14-11	30	\$3,146,000	\$76,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$3,146,000	\$503,400			\$3,146,000	\$393,300			\$0	\$0			\$3,146,000	\$76,700		\$0	\$0		

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$503,400	\$0	\$0	\$503,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$503,400	\$0	\$0	\$503,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$76,700	\$0	\$0	\$76,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$76,700	\$0	\$0	\$76,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$393,300	\$0	\$0	\$393,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$393,300	\$0	\$0	\$393,300
TOTAL				1	\$973,400	\$0	\$0	\$973,400