

	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: BALLEN ORTIZ YULAY JORYE			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1026596639
CELULAR: 3114748934	CORREO ELECTRÓNICO: yulayballen17@gmail.com	SEDE: CENTRO DE SALUD TIPO II SUBA	CENTRO DE COSTOS: CESC01 - QUIRURGICO CIRUGÍA GENERAL USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488427937104	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1052-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	11393	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18238	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: \$ 2.566.056		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796	

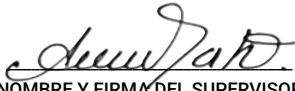
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 204 horas ejecutadas • El documento entregado carece de un reporte auténtico sobre las actividades realizadas. Debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), no se considera un informe válido para proceder con el pago.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 15.313.560
VALOR EJECUTADO	\$ 10.181.448
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.814.384
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	204
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.132.112
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66.5 %

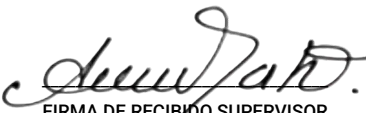
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que 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	86174579

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 BALLEN ORTIZ YULAY JORYE CC: 1026596639
--	--	---

	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: CENTRO DE SALUD TIPO II SUBA						
No. DE CONTRATO: 1052-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BALEN ORTIZ YULAY JORYE				DOCUMENTO: 1026596639						
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 (%): 66.5 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					1 Cumpro con los estándares de producción establecidos para el servicio asignado, garantizando la ejecución eficiente de las actividades conforme a los tiempos definidos por la institución y en alineación con los indicadores de desempeño y calidad requeridos.					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					2 Doy cumplimiento a los procesos prioritarios definidos para la operación del servicio asignado, asegurando su ejecución conforme a la normatividad vigente y en coherencia con los lineamientos institucionales aplicables.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					3 Doy cumplimiento al manual de bioseguridad institucional, garantizando la adecuada aplicación de los protocolos de higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección, aislamiento y demás medidas establecidas para la prevención y control de riesgos biológicos.					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					4 Doy cumplimiento a los procesos de atención de enfermería y a los instructivos de buenas prácticas, garantizando la prestación del servicio conforme a los estándares de calidad, seguridad del paciente y lineamientos institucionales establecidos.					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					5 Presento informes de manera oportuna y participo activamente en capacitaciones y actividades programadas, en cumplimiento de la planificación institucional y orientado al fortalecimiento continuo de las competencias y la calidad del servicio.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					6 Cumpro con las actividades programadas conforme al cronograma del servicio, garantizando su ejecución oportuna y en concordancia con la planificación institucional establecida.					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					7 Mantengo la confidencialidad de la información gestionada en el desarrollo de las actividades, garantizando su adecuado manejo conforme a las políticas institucionales, principios éticos y normatividad vigente en materia de protección de datos.					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					8 Aplico la política de calidad institucional, participando activamente en la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad, en cumplimiento de los lineamientos, estándares y objetivos organizacionales establecidos.					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					9 Realizo el registro completo, legible y oportuno de la historia clínica y demás registros institucionales, garantizando el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 y los lineamientos normativos vigentes en materia de documentación clínica.					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					10 Brindo información al usuario y su familia de manera clara y oportuna, garantizando un trato respetuoso, humanizado y acorde con los principios de atención centrada en el paciente.					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					11 Me adapto y doy cumplimiento a las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales, garantizando la adherencia a los lineamientos establecidos y contribuyendo a la estandarización y calidad en la prestación del servicio.					
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)					12 Realizo el registro y reporte adecuado y oportuno en los sistemas de información institucionales, incluyendo inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, así como el diligenciamiento completo de los formatos establecidos, garantizando la calidad, trazabilidad y cumplimiento de los lineamientos institucionales.					
OBSERVACIONES:										
204 HORAS CERTIFICADAS										
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 204 horas ejecutadas										

TOTAL A PAGAR:
\$ 2.814.384 — DOS MILLONES OCHOCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA BALLEN ORTIZ YULAY JORYE CC: 1026596639	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 DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86174579	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026596639	YULAY JORJE BALLEEN ORTIZ		CLL 1C BIS 31 B 50	3114748934	yulayballen17@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86174579	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Calom. exterior	Exonente	INA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1026596639	BALLEN ORTIZ YULAY JORJE	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0