

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05								
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5								
											PÁGINA: 1 DE 1								
FECHA: 16/02/2018																			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA										435915							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1033751849											
CORREO		julierhtiana654@gmail.com				CELULAR		3023109825											
PROCESO:		Hospitalización																	
SERVICIO:		Hospitalización				UNIDAD:				Fray									
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		A00																	
BANCO		28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA									
NUMERO CUENTA BANCARIA		0																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1212-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		164		FECHA		22/01/2026		NÚMERO DE CRP: 1		11911		FECHA		01/02/2026					
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN																			
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		04		2026				30		04		2026	
TIPO SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		2,566,056										VALOR LETRAS							
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.																			
CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO																			
CONCEPTO								VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								10,264,224											
VALOR EJECUTADO:								7,201,512											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								2,566,056											
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								186											
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								186											
VALOR A LIBERAR:								0											
SALDO POR EJECUTAR:								3,062,712											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								70.16 %											
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																			
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA													
6011516254	218,900	280,200	3	42,700	35,100	576,900													
	0	0		0	0														
CERTIFICADO FRAY R																			
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.																			

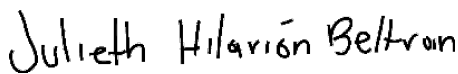
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CÓDIGO: AP-CT-F-50			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL			VERSIÓN: 4			
				PÁGINA: 1 DE 1			
ÁREA Y/O SERVICIO: FBCJ10 - U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS FRAY BARTOLOMÉ -			UNIDAD:	Unidad De Servicios De Salud Fray Bartolomé De Las Casas			
No. DE CONTRATO: 1212-2026	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		1	04	2026	30	04	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA			DOCUMENTO: 1033751849				
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION, URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con las necesidades de la institución.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							
ACTIVIDADES CONTRATADAS				ACTIVIDADES REALIZADAS			
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.				Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.			
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.				Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.			
3, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.				Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.			
4, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.				Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.			
5, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).				Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).			
6, Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.				Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.			
7, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.			
8, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.				Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.			
9, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.				Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.			
10, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.				Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.			
11, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.				Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.			
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.)				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.)			
OBSERVACIONES: 186 HORAS EJECUTADAS							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2566056) DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS							
 HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA 1033751849				Fecha: ____30____/____04____/____2026____  Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO			
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033751849
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIETH TATIANA HILARION BELTRAN	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TV 87 69A 19 SUR	TELÉFONO: 3023109
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6011516254	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 215052150

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002248088	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 280.200
SUBTOTAL:					1	\$ 280.200
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A			1	\$ 218.900
SUBTOTAL:					1	\$ 218.900
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 35.100
SUBTOTAL:					1	\$ 35.100
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 42.700
SUBTOTAL:					1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 576.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 576.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1033751849				NÚMERO PLANILLA:		6011516254		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES		2026	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL		DEPARTAMENTO:		JULIETH TATIANA HILARION BELTRAN				PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		marzo AÑO		2026		0	
CIUDAD/MUNICIPIO:		TV 87 69A 19 SUR		TELÉFONO:		3023109				DÍAS DE MORA:		2026/04/13		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		marzo AÑO	
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE				FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		215052150			
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per													
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN														TOTALES		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		APORTES		MORA		VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP							
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0			\$ 280.200
SUBTOTALES:												\$ 280.200	\$ 0			\$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
SUBTOTALES:													\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700
SUBTOTALES:									\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR						
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100	
SUBTOTALES:			\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100	

DATOS DEL COTIZANTE																			LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES									
									ING	RET	TDE	TDS	TAP	COR	VSP	VST	SUN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RP	PENSIÓN					SALUD					ARP					IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE		
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES								TOTAL APOORTE	ADMIN
1	CC 1033751849	HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	\$ 1.750.905			NO											230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.750.905	\$ 103375184	\$ 42.700	\$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

TOTAL PAGADO: \$ 576.900