

	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: HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1033751849
CELULAR: 3023109825	CORREO ELECTRÓNICO: julierhtiana654@gmail.com	SEDE: HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS	CENTRO DE COSTOS: FBCJ10 - U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS FRAY BARTOLOMÉ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 24095118703	
PENSIONADO:	SI No X		

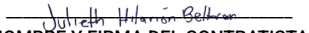
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1212-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	11911	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18784	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

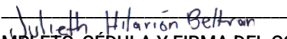
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		HASTA	
			DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
			01	06	2026	30 06 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 12.250.848
VALOR EJECUTADO	\$ 9.684.792
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.483.280
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.566.056
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79.0 %

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	6019325857

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 CONTRATISTA HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA CC: 1033751849
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	

	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 FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS						
No. DE CONTRATO: 1212-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA				DOCUMENTO: 1033751849						
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 (%): 79.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Realice las actividades con calidad, dentro del volumen esperado y en el tiempo que la institución define.					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					Cumplí estrictamente con las actividades importantes del servicio, respetando las normas de salud vigente y los protocolos de la institución para garantizar una atención segura y adecuada.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					Aplique correctamente las normas y procedimientos diseñados para prevenir infecciones y proteger al paciente, al personal de salud y al entorno.					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					Realice la atención al paciente siguiendo el proceso de enfermería y aplicando los protocolos y guías de buenas prácticas establecidas por la institución y la normatividad vigente.					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					Cumplí con las obligaciones administrativas, educativas y de actualización profesional establecidas por la institución.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					Realice todas las tareas asignadas dentro del servicio siguiendo el plan de trabajo o programación establecida por la institución, en los tiempos indicados.					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					Proteger y no divulgar información del paciente ni del servicio de salud, asegurando que solo sea utilizada por el personal autorizado y únicamente para fines de atención en salud.					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					Cumplir y poner en práctica las normas y lineamientos de calidad del hospital, participando en las actividades que buscan mejorar continuamente la atención en salud.					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					Diligenciar correctamente toda la información del paciente en la historia clínica y en los formatos institucionales, asegurando que sea clara, veraz, y registrada a tiempo, según la norma legal vigente.					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					Ofrecer orientación clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia basada en el respeto, la empatía y la dignidad humana.					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					Realice las actividades de cuidados en enfermería siguiendo las normas, protocolos y lineamientos establecidos por la institución.					
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)					Registre y reporte toda la información del servicio de manera completa, clara y oportuna en los sistemas establecidos por la institución, garantizando control, seguimiento y calidad en la atención de enfermería. Registre y reporte toda la información del servicio de manera completa, clara y oportuna en los sistemas establecidos por la institución, garantizando control, seguimiento y calidad en la atención de enfermería. Registre y reporte toda la información del servicio de manera completa, clara y oportuna en los sistemas establecidos por la institución, garantizando control, seguimiento y calidad en la atención de enfermería.					
OBSERVACIONES:										
180 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 2.483.280 — DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE										
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA HILARION BELTRAN JULIETH TATIANA CC: 1033751849					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.	

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: 6019325857 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/06/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 369639714

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