

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|-----------------|------------|--------------------------|------|------------------|-----|-----------------|-----------------------|-----------------|---|------------|--|
|                                                                                                                                                                               | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 | VERSIÓN: 5            |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 | PÁGINA: 1 DE 1        |                 |   |            |  |
| FECHA: 16/02/2018                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | LOPEZ SANCHEZ ERIKA PATRICIA |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       | 435596          |   |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                       |      |                 |            | No.                      |      | 52155342         |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | patyepes2@hotmail.com        |      |                 |            | CELULAR                  |      | 3058570953       |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | Hospitalización              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | Hospitalización              |      |                 |            | UNIDAD:                  |      |                  |     | Simon Bolivar   |                       |                 |   |            |  |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | Centro de costo              | %    | Centro de costo | %          | Centro de costo          | %    | Centro de costo  | %   | Centro de costo | %                     | Centro de costo | % |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | A00                          |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | 7                            |      |                 |            | TIPO CUENTA              |      |                  |     | AHORROS         |                       |                 |   |            |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 552173171                    |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 1245-2026                    |      |                 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 164                          |      | FECHA           |            | 22/01/2026               |      | NÚMERO DE CRP: 1 |     | 10200           |                       | 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:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 8,194,824        |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 2,814,384        |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 186              |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 204              |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 0                |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 2,069,400        |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      | 79.84 %          |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| 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           |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| 1080340581                                                                                                                                                                                                                                                   | 218,900                                                                         | 280,900                      | 3    | 42,700          | 0          | 542,500                  |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                            |      | 0               | 0          |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| CERTIFICADO USSB - CH                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 |                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                 |                       |                 |   |            |  |
| 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,

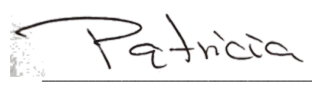
SANDOVAL CASTRO ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LOPEZ SANCHEZ ERIKA PATRICIA

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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |             |            |            |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|------------|------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                       |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CÓDIGO: AP-CT-F-50                                |             |            |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b><br><b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b> |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VERSIÓN: 4                                        |             |            |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PÁGINA: 1 DE 1                                    |             |            |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                            | FECHA: 07/11/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |             |            |            |             |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: HSBj02 - U. ESP UCI ADULTOS USS SIMÓN BOLÍVAR -</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |                            | <b>UNIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar</b> |             |            |            |             |
| <b>No. DE CONTRATO: 1245-2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          | <b>Periodo certificado</b> | <b>Día</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Mes</b>                                        | <b>Año</b>  | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |                            | <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>04</b>                                         | <b>2026</b> | <b>30</b>  | <b>04</b>  | <b>2026</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: LOPEZ SANCHEZ ERIKA PATRICIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                            | <b>DOCUMENTO: 52155342</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |             |            |            |             |
| <b>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.</b>                                                                                               |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |             |            |            |             |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |             |            |            |             |
| <b>ACTIVIDADES CONTRATADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |                            | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |             |            |            |             |
| 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.)                                                                                                                                           |                                                   |             |            |            |             |
| <b>OBSERVACIONES: 204 HORAS EJECUTADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |             |            |            |             |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$2814384) DOS MILLONES OCHOCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |             |            |            |             |
| <br>LOPEZ SANCHEZ ERIKA PATRICIA<br>52155342                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                            | Fecha: ____/____/____<br>Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |             |            |            |             |
| <b>Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                          |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |             |            |            |             |

PAGADO 09/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                              |                    |                       |
|---------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Razón Social        | ERIKA PATRICIA LOPEZ SANCHEZ |                    |                       |
| Documento           | CC52155342                   | Dirección          | TV 12G #32 D - 50 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                | Teléfono           | 3058570953            |
| Tipo Persona        | NATURAL                      | Forma Presentación | ÚNICO                 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                  | Departamento       | BOGOTA D.C.           |
| Representante Legal |                              | Identificación     |                       |
| Total Afiliados     | 1                            | ARP                | ARL SURA              |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                              |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |          | Pensiones |          |          | Salud          |                   |                | Riesgos        |                        |              | Cajas      |             |                | Parafiscales   |                      |             |             | Total       |      |                   |       |            |
|--------------------|------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres          | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | UMA | UAP | VCT | IND | Días AFP | Días EPS  | Días AFP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión       | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud              | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 52155342        | ERIKA PATRICIA LOPEZ SANCHEZ | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0        | 30        | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2.436       | \$ 1.750.905   | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 541.800 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 0                    | \$ 541.800  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!