

	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: PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1193459893
CELULAR: 3202533727	CORREO ELECTRÓNICO: paularamirezf02@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: CHPB01 - URG CONSULTA URGENCIAS USS CHAPINERO
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 78344487692	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4213-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.57			
CDP 1	549	FECHA	20/04/2026	CRP 1	17329	FECHA	14/05/2026
CDP 2	—	FECHA	—	CRP 2	—	FECHA	—
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: \$ 7.607.958		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 40.903	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						
Planilla Validada y Actividades Revisadas						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 11.919.135
VALOR EJECUTADO	\$ 7.362.540
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 7.362.540
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	\$ 4.556.595
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	61.8 %

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
\$ 3.000.009	\$ 375.100	\$ 480.100	III	\$ 73.100	\$ 928.300	90470348

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 ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES CC: 1193459893
--	---	---

	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 DE URGENCIAS				UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 4213-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES				DOCUMENTO: 1193459893						
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 (%): 61.8 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					1. Doy cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					
2. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.					2. Cumpro con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.					
3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					3. Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					
Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.					4. Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.					
5. Adherirse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					5. Me adhiero a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					
6. Cumplir adherencia al Manual de bioseguridad.					6. Cumpro adherencia al Manual de bioseguridad.					
7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					7. Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					
8. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.					8. Realizo el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.					
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.					9. Alimento permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.					
10. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.					10. Cumpro con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presento la certificación correspondiente.					
11. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.					11. Presento las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.					
12. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato					12. Cumpro con todas las demás actividades que me son asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato					
13. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.					13. Ejecuto las actividades según criterios de autocontrol.					
14. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.					14. Salvaguardo los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.					
15. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.					15. Asisto a los comités intra y extrainstitucionales, cuando es requerido.					
16. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.					16. Participo en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.					
17. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.					17. Mantengo, desarrollo e implemento la visión y la misión de la Subred Norte e impulso y promociono nuestro portafolio de servicios.					
18. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.					18. Cumpro con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.					

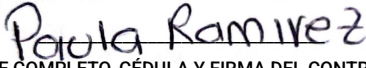
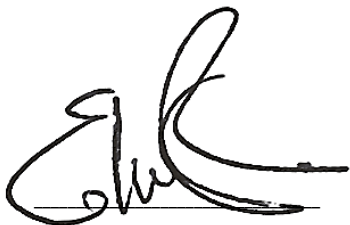
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
19. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.	19. Apoyo el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.
20. Garantizar la racionalizacion en el uso y control de insumos medico quirurgicos en la prestacion del servicio	20. Garantizo la racionalizacion en el uso y control de insumos medico quirurgicos en la prestacion del servicio
21. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo enfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitacion y acreditacion de la Subred Norte.	21. Conozco e interiorizo los principios y valores institucionales y los operativizo en el diario quehacer de la entidad, haciendo enfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitacion y acreditacion de la Subred Norte.
22. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementacion de los sistemas integrados de gestion de la calidad y control con enfasis en la acreditacion de la Entidad.	22. Conozco, incorporo y aplico las herramientas impartidas por el Hospital para la implementacion de los sistemas integrados de gestion de la calidad y control con enfasis en la acreditacion de la Entidad.
23. Realizar consulta prioritaria de forma oportuna y dentro de los parametros de calidad en los pacientes derivados de consulta de urgencias.	23. Realizo consulta prioritaria de forma oportuna y dentro de los parametros de calidad en los pacientes derivados de consulta de urgencias.

OBSERVACIONES:

180 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 7.362.540 — SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES CC: 1193459893	Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725
--	--

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193459893	PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES	kr 87 B # 42 f 22 sur	3202533727	paularamirezf02@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90470348	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$928.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.100	0		0		0	0	0	0	375.100	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	480.100		0	0	0	0	0	0		480.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	73.100					73.100	0	0	73.100			731	73.100	1

TOTALES CAJAS																
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados				

TOTALES PARAFISCALES				
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				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.100	375.100
Pensión	1	480.100	480.100
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.300	928.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1193459893	PAULA NEREYDA RAMIREZ FUNES		kr 87 B # 42 f 22 sur	3202533727	paularamirezf02@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
		90470348	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$928.300	

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	Colom. exterior	Exonente	INA	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	SEN	ICE	LIA	VAC	AVP	VOT	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 1193459893	RAMIREZ FUNES PAULA NEREYDA	59	0			N																230301	3.000.009	30	480.100	0	0	0	0	EPS005	3.000.009	30	375.100	14-11	3.000.009	30	3	73.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0