

	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: ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	53155657
CELULAR: 3118091240	CORREO ELECTRÓNICO: dianacenaída0908@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENG01 - PARTOS Y CESAREAS USS ENGATIVÁ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488420465400	
PENSIONADO:	SI No X		

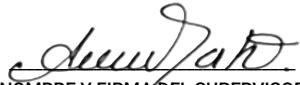
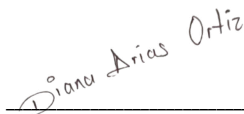
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1119-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12379	FECHA	10/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18127	FECHA	22/05/2026
CDP 3	894	FECHA	22/06/2026	CRP 3	24055	FECHA	26/06/2026
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

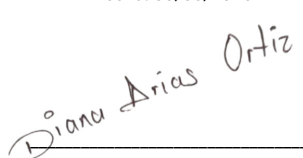
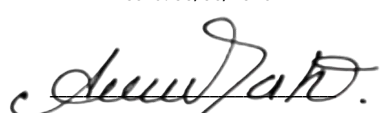
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		HASTA	
			DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
			01	06	2026	30 06 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056		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:	\$ 15.230.784
VALOR EJECUTADO	\$ 12.002.520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.228.264
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	234
SALDO POR EJECUTAR	\$ 3.228.264
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78.8 %

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
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	9505376065

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,  NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA CC: 53155657
---	---

	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 ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 1119-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA				DOCUMENTO: 53155657						
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 (%): 78.8 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					OPTIMICE LOS TIEMPOS DE ATENCION ASISTENCIAL,CUMPLOIENDO CON EL VOLUMEN DE PACIENTES PROGRAMADOS SIN AFECTAR LA CALIDAD DEL CUIDADO.					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					EJECUTE LOS PROCESO ASISTENCIALES PRIORITARIOS (TRIAGE REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS, CURACIONES) SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					REALICE LAVADO DE MANOS SEGÚN LOS 5 MOMENTOS Y APLIQUE PROTOCOLOS DE ASEPSIA, ANTISEPTICA MANEJO DE RESIDUOS LIMPIEZA Y DESINFECCION.					
4, Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					APLIQUE EL PLAN DE ENFERMERIA Y BUENAS PRACTICAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y LA ATENCION OPORTUNA AL PACIENTE.					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					SE ASISTE A CAPACITACION SEGÚN CRONOGRAMA INSTITUCIONAL, SE DILIGENCIA ASISTENCIA CON SOPORTE DE CAPACITACIONES.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					REALICE LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO PUNTUAL, CUMPLOIENDO CON LA RONDA DE ENFERMERIA Y LAS TAREAS DEL CRONOGRAMA DIARIO.					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					RESGUARDE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y SU DIAGNOSTICO, APLICANDO LA ETICA PROFESIONAL EN EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES.					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					PARTICIPE EN LA IDENTIFICACION DE RIESGOS Y EN LAS AUDITORIAS DE CALIDAD PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO.					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					DILIGENCIE REGISTROS DE ENFERMERIA LEGIBLES, SIN TACHONES Y CON TERMINOLOGIA TECNICA, CUMPLIENDO LA NORMATIVIDAD.					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					ORIENTE AL PACIENTE Y FAMILIARES SOBRE EL PLAN DE TRATAMIENTO QUE SE VA MANEJAR DURANTE SU ESTANCIA, GARANTIZANDO UN TRATO HUMANIZADO.					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					ADHERIR MI PRACTICA CLINICA A LAS GUIAS DE MANEJO INSTITUCIONALES Y MANUALES DE PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS					
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)					REPORTE DE FORMA INMEDIATA INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS EN LA PLATAFORMA Y GESTIONAR EL INVENTARIO DE INSUMOS DEL SERVICIO.					
OBSERVACIONES:										
234 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 3.228.264 – TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE										
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA					Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916					

ARIAS ORTIZ DIANA CENAI DA CC: 53155657	
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53155657		ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cale 38 sur #5-54 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3669626	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	93004654		9505376065	I	2026/06/16	2026/06/19	BANCO DE OCCIDENTE	\$543,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
1	CC	53155657	ARIAS DIANA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,750,905	\$42,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53155657		ARIAS ORTIZ DIANA CENAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cale 38 sur #5-54 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3669626	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	93004654	9505376065	I	2026/06/16	2026/06/19	BANCO DE OCCIDENTE	3	\$543,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$700	\$0	\$280,900	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$700	\$0	\$280,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$500	\$0	\$219,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$500	\$0	\$219,400	
TOTAL				1	\$541,800	\$1,300	\$0	\$543,100	