

	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: DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1013578340
CELULAR: 3229450601	CORREO ELECTRÓNICO: dianisariasb3103@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBI06-1 - HOSP MEDICINA INTERNA - UNIDAD AISLAMIENTO USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 4870320910	
PENSIONADO:	SI No X		

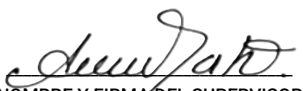
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1457-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10474	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18262	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

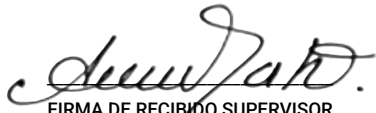
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		HASTA	
			DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
			01	05	2026	31 05 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056		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:	\$ 15.644.664
VALOR EJECUTADO	\$ 7.946.496
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.648.832
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	\$ 7.698.168
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50.8 %

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	\$ 76.200	\$ 575.300	9503597223

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo 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 DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO CC: 1013578340
--	---

	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 SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 1457-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO				DOCUMENTO: 1013578340						
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 (%): 50.8 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					1. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual de cada área.					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					2. Doy cumplimiento a los procesos establecidos y relacionados con el objeto contractual.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					3. Cumplimiento de los manuales de bioseguridad y estandares de limpieza y desinfeccion					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					4. Cumplimiento de los procesos de atencion de enfermeria, los instructivos de las buenas practicas en la prestacion del servicio					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					5. Asistir a capacitaciones, reuniones programadas y demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					6. Desarrollo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual de cada área.					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					7. La confidencialidad de la informacion se debe manejar de acuerdo a las politicas institucionales					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					8. Aplico y participo en los procesos de sistema de Gestion de la calidad Institucional					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					9. Correcto diligenciamiento de registros en historia clínica alcanzando un resultado en la adherencia en la auditoria de la calidad de los registros de historia clínica superior al 85%					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					10. Diseñar y participar en los diferentes ámbitos como educación al usuario y su familia, socializando derechos y deberes, direccionamiento a RIAs, autocuidado, notificación de incidentes, eventos adversos, complicaciones derivadas de las atenciones asistenciales					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					11. Dar cumplimiento a los procesos e instructivos institucionales.					
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)					12. Correcto diligenciamiento de registros en historia clínica alcanzando un resultado en la adherencia en la auditoria de la calidad de los registros de historia clínica superior al 85%					
OBSERVACIONES:										
192 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR:										
\$ 2.648.832 – DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE										
Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO CC: 1013578340					Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916					

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																
Identificación			dv	Razon Social										Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion				Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF															
CC 1013578340				ARIAS BAQUERO DIANA PAOLA										INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				TRANSVERSAL 70 # 71 - 35 INT. 5 APTO 271				BOGOTA-BOGOTA D.E.				4979195		No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																
Periodo			Clave										Tipo		Fecha					Pago																												
Pensión		Salud		Pago				Planilla				Planilla		Limite		Pago			Banco				Dias Mora		Valor																							
2026-04		2026-04		316053273				9503597223				I		2026/05/12		2026/05/19			NEQUI				7		\$578,300																							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																
EMPLEADO				NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFISCALES																
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pc	cor	vst	sn	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$76,200			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$76,200			\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$76,200			\$0
1	CC	1013578340	ARIAS DIANA																			230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	4.350%	\$76,200	0	\$0								
Total Afiliados(1)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$76,200			\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$76,200	\$400	\$0	\$76,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$76,200	\$400	\$0	\$76,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,100	\$0	\$220,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,100	\$0	\$220,000
TOTAL				1	\$575,300	\$3,000	\$0	\$578,300