Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **SUAREZ GUTIERREZ GLORIA ESPERANZA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**52299506**
CELULAR: **3243178709**	CORREO ELECTRÓNICO: **tatis1998_12@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL CHAPINERO**	CENTRO DE COSTOS: **CHPU05 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS USS CHAPINERO**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCOLOMBIA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **71452363504**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2636-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	11931	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	18620	**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: **$ 3.739.902**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 20.107**

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

Planilla y actividades validadas correctamente • "NO CUMPLIMIENTO DE LA SIGUIENTE OBLIGACION:
31. El CONTRATISTA se obliga a publicar en el expediente electrónico los soportes de la ejecución del presente contrato, para ello, cargará evidencia mensual de la cuenta de cobro aprobada y sus anexos, en SECOP II ítem 7 ejecuciones del contrato" • Relacionar producción de agendamiento • Se realiza validación de planilla., actividades y cargue efectivo al SECOP de febrero, marzo y abril con soporte

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 18.699.510**
VALOR EJECUTADO	$ 11.219.706
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.739.902**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	$ 7.479.804
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**60.0 %**

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
$ 1.750.905	$ 219.900	$ 281.500	III	$ 42.900	**$ 544.300**	4649954808

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Mayo** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Nathaly Puerto Bonilla _____ **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR** NATHALY PUERTO BONILLA CC: 1010188469	Gloria Esperanza Suarez G _____ **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** SUAREZ GUTIERREZ GLORIA ESPERANZA CC: 52299506

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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 AMBULATORIOS**	UNIDAD: **HOSPITAL CHAPINERO**						
No. DE CONTRATO: **2636-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **NATHALY PUERTO BONILLA**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **SUAREZ GUTIERREZ GLORIA ESPERANZA**	DOCUMENTO: **52299506**						
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 (%): **60.0 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. IDENTIFICAR Y CANALIZAR LA POBLACION DIFERENCIAL A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA SUBRED	Se realizo la identificacion de usuarios de poblacion diferencial en consulta externa y su canalizacion oportuna a los servicios de la SUBRED, garantizando orientacion, asiganacion de citas y acompañamiento según los lineamientos de la clinica de genero
2. APOYAR Y REALIZAR LA GESTION QUE CORRESPONDA A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFOQUE DIFERENCIAL Y CLINICA DE GENERO	Apoyo y ejecución de la gestión correspondiente a los procesos administrativos y asistenciales en el marco del enfoque diferencial y la Clínica de Género, mediante el agendamiento, asignación y seguimiento y un total de 200 pacientes atendidos garantizando la atención integral y oportuna de los usuarios.
3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES PARA LA GESTION Y DESARROLLO DEL ENFOQUE DIFERENCIAL, ACORDE A LOS ACUERDOS INSTITUCIONALES, LOS PROCESOS DE ARTICULACION CON EL PUEBLO O POBLACION PERTINENTE PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS CON RESPONSABILIDAD SOCIAL DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES DEFINIDAS Y LAS CONCERTACIONE CON LOS PUEBLOS O POBLACIONES	Se realizaron actividades de gestión y desarrollo del enfoque diferencial, articulando con las poblaciones pertinentes.
4. REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS DE ORIENTACION Y CAPACITACION AL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE ACUERDO A LOS TEMAS CONTENIDOS EN LA ESTRATEGIA EDUCATIVA	Se realizaron actividades diarias de orientación y capacitación a usuarios en consulta externa.
5. APLICAR EL 100 % DE ENCUESTAS DE SATISFACION ASIGNADAS GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL REGISTRO Y LA OPORTUNIDAD SEMANAL DE LA ENTREGA	Se aplican encuestas para el periodo establecido
6. REALIZAR DIARIAMENTE FILTRO EN LAS FILAS, GARANTIZANDO LA PRIORIZACION Y GESTION DE LAS SOLICITUDES DE LAS POBLACIONES PREFERENTES Y REALIZANDO COMPROBACION DE DERECHOS DEL USUARIO EN LOS CASOS QUE SEA PERTINENTE	Se realizó filtro diario en filas, priorizando solicitudes y comprobando derechos de usuarios.
7. ATENDER LAS SOLICITUDES DE CITASS DA LOS USUARIOS SOLICITANTES, INFORMANDO SOBRE EL DERECHO A ELEGIR EL PORFESIONAL DE SU PREFERENCIA DENTRO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL DISPONIBLE COMO TAMBIEN EMITIR RESPUESTA A SOLICITUDES DE ENTES DE CONTROL	Se realiza programación y agendamiento de los profesionales que hacen parte de la Clínica de Género (Psiquiatría (1), Gineco-Endocrinología (2), Trabajo social (1), Psicología (1), Urología (1), Cx Plástica (2))
8. IDENTIFICAR, REGISTRAR Y GESTIONAR LA DEMANDA INSATISFECHA Y LAS LISTAS DE ESPERA	Se realiza la asignación de las citas en espera a los pacientes de Clínica de Género
9. ASISTIR AL USUARIO QUE NECESITA APOYO ESPECIAL PARA FACILITAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE REQUIERA EL ENFOQUE, REALIZANDO ORIENTACION DEL PROCESO	Referenciación a los diferentes programas de acuerdo al modelo de atención en salud a las diferentes rutas con sus respectivas actividades. Asegurar las atenciones propias en el marco del programa Clínica de Género
10. GENERAR INFORMES MENSUALES, RELACIONANDO SEGUIMIENTOS (DESDE INGRESO HASTA EL EGRESO DEL USUARIO DEL PROGRAMA), PRODUCCION, ACTIVIDADES REALIZADAS, FACTURACION, ENTREGANDO LAS EVIDENCIAS DE LAS MISMAS DANDO RESPUESTA AL PLAN DE ACCION DIFERENCIAL	Se elaboran informes mensuales como: Actualización de base de datos, informe de cumplimiento de citas, informe de facturación mensual de la Clínica de género, informe detallado de gestión de la Clínica de Género, reporte de agendas del siguiente mes, plan de acción y demás solicitados
11. REALIZAR REGISTRO DE BASE DE DATOS CON EL SEGUIMIENTO A CADA PACIENTE DEL PROGRAMA Y EMITIR INFORMES REQUERIDOS POR LA INSTITUCION	Se realizó la actualización de base de datos del programa registrando seguimiento individual (Estado de atención, citas programadas e inasistencias)
12. ADHERENCIA A LOS PROCESOS ESTABLECIDOS POR LA	Cumplimiento de adherencia a los procesos establecidos por la Subred

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
SUBRED NORTE (GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y DEMAS)	Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás)
13. ADHERENCIA A LOS PROCESOS DE HABILITACION Y ACEREDITACION PROMOVIDOS POR LA SUBRED	Se dio cumplimiento a los estándares de habilitación y acreditación aplicando los protocolos institucionales vigentes, verificando el correcto diligenciamiento de registros asistenciales y administrativos, participando en la revisión de listas de chequeo y acciones de mejora establecidas por la subred
14. DAR RESPUESTA ADECUADA Y OPORTUNA DENTRO DE LOS TERMINOS ESTABLECIDOS POR LA LEY A LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	Se realizaron las respuestas adecuadas y oportunas dentro de los términos establecidos por la ley a las peticiones, quejas y reclamos para la Clínica de Género
15. REALIZAR EL REPORTE DE EVENTOS DE IMPORATANCI EN SALUD PUBLICA DE CAUERDO AL DECRETO No. 3518/2006 Y SEGÚN PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIIOLOGICAS ESTABLECIDOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	Para el periodo no se presentaron eventos de importancia en salud pública
16. REGISTRAR DE MANERA ADECUADA Y OPORTUNA INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES PRESENTADAS (ACORDE AL MANUAL SEGURIDAD DEL PACIENTE)	Para el periodo no se presentaron eventos de importancia conforme al manual de seguridad del paciente
17. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUBRED, CAPACITACIONES PRESENCIALES O VIRTUALES, CON EL FIN DE MEJORAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS	Se participó en capacitación virtual programada por la Subred sobre actualización de rutas de atención de enfoque diferencial, aplicando los lineamientos aprendidos en la orientación y gestión de usuarios del programa
18. APLICAR LOS ATRIBUTOS DE LA CALIDAD EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR (CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, ACCESIBILIDAD, SEGURIDAD, EFICENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD)	Se garantizó la atención oportuna y continua de los usuarios del programa verificando la asignación adecuada de citas, el cumplimiento de protocolos institucionales y el seguimiento efectivo a cada caso, asegurando accesibilidad, seguridad y pertinencia en la prestación del servicio
19. BRINDAR TRATO HUMANO, ETICO Y CALIDO AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO DE LA INSTITUCION	Realizado conforme a lo establecido

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 3.739.902 — TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026

Gloria Esperanza Suarez G

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
SUAREZ GUTIERREZ GLORIA ESPERANZA
CC: 52299506

Fecha: 31/05/2026

Nathaly Puerto Bonilla

FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
NATHALY PUERTO BONILLA
CC: 1010188469

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52299506
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLORIA ESPERANZA SUAREZ GUTIERREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TV 80D 65 I 51 SUR	TELÉFONO:	7191123
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4649954808**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996757110

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 281.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 281.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 219.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 219.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 42.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 2.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 544.300**

Planilla Pagada