

	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: ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	52132256
CELULAR: 6017171977	CORREO ELECTRÓNICO: zoraidahernandez355@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGI20CG - HOSP QUIRURGICOS - INTERCONSULTA CIRUGIA GENERAL- USS ENGATIVÁ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 4870327899	
PENSIONADO:	SI No X		

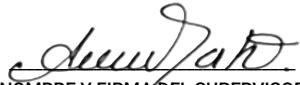
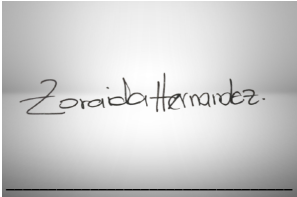
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1652-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10066	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19387	FECHA	22/05/2026
CDP 3	894	FECHA	22/06/2026	CRP 3	23903	FECHA	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: \$ 4.022.994		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 21.629	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

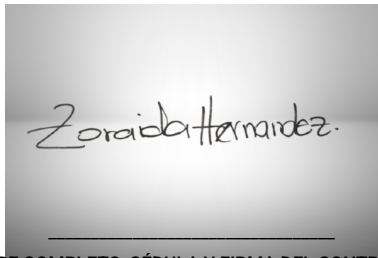
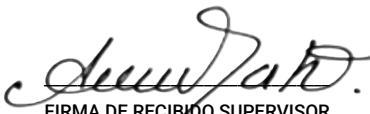
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 24.137.964
VALOR EJECUTADO	\$ 18.298.134
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 5.839.830
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	270
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.839.830
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75.8 %

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
\$ 2.335.932	\$ 292.700	\$ 374.600	III	\$ 57.098	\$ 724.398	92721967 / 92254582

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 ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ CC: 52132256
---	--

	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: 1652-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ				DOCUMENTO: 52132256						
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 (%): 75.8 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución (asignación de cama), identificando y cumpliendo indicadores del servicio asignado (giro cama, porcentaje ocupacional, estancia hospitalaria, etc.).					1. Gestión oportuna en la recepción y asignación de camas para pacientes ingresantes. • Aplicación de acciones asistenciales enfocadas en optimizar el giro de cama y disminuir la estancia hospitalaria innecesaria mediante cuidados eficientes.					
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado					2.Ejecución de actividades asistenciales diarias bajo los lineamientos y procesos prioritarios del servicio de hospitalización/ urgencias. • Adherencia a las guías de práctica clínica de enfermería vigentes.					
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos					3.Revisión minuciosa, conciliación y envío de órdenes de stock/ dosis unitaria a farmacia. • Administración segura de medicamentos aplicando los correctos. • Registro inmediato en el sistema y devolución de saldos de medicamentos no utilizados.					
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva					4.Identificación y reporte oportuno de fallas en infraestructura, equipos biomédicos o desabastecimiento de insumos esenciales en el servicio 0.					
5 Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen					5.Aplicación técnica de las guías asistenciales y manuales de procedimientos específicos del servicio durante la jornada laboral. • Diligenciamiento de papelería e informes administrativos requeridos por la jefatura.					
Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional					6.Participación activa en las jornadas de capacitación, actualizaciones clínicas y talleres programados por la Subred Norte.					
7 Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato					7.Cumplimiento estricto del horario, cronograma de turnos asignado y asignación de pacientes para la ejecución de las actividades contractuales.					
8 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, con registro en historia clínica					8.Orientación e información clara, humanizada y oportuna al paciente y su acudiente sobre los cuidados de enfermería, signos de alarma, preparación para procedimientos y beneficios del tratamiento médico.					
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales					9.Ejecución de todas las intervenciones de enfermería en estricta adherencia a la plataforma estratégica, política de calidad y guías de manejo clínico de la Subred Norte.					
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos					10.Uso estricto y permanente de los Elementos de Protección Personal (EPP). • Realización técnica de los 5 momentos de lavado de manos. • Correcta segregación de residuos hospitalarios en la fuente.					
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública					11. Monitoreo constante del paciente para detectar eventos adversos o incidentes. • Identificación y reporte inmediato de sospechas de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) o eventos de interés en salud pública.					
12 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					12. Preparación clínica, estabilización y acompañamiento del paciente en los procesos de traslado interno o externo. • Alistamiento de la documentación médica requerida para la referencia/contrareferencia.					
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente					13.Realización y aprobación de los cursos obligatorios virtuales en la plataforma institucional y asistencia a comités programados.					
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.					14.Realización del proceso formal de entrega y recibo de turno a la cabecera del paciente, detallando la evolución, pendientes, estado hemodinámico y necesidades prioritarias para el plan de cuidados.					
15 Registrar de manera completeness, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999					15.Diligenciamiento simultáneo, detallado, claro y con lenguaje técnico de las notas de enfermería, hojas de signos vitales, balance de líquidos y administración de medicamentos en el sistema.					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
16 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, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	16. Presentación de los exámenes, evaluaciones escritas, virtuales o evaluaciones de desempeño en el puesto de trabajo programadas por el área de calidad o la coordinación.
17 Realizar seguimiento a la apropiación y adherencia a procesos institucionales del personal a cargo, de existir alguna novedad establecer plan de trabajo para fortalecer competencias en conjunto con el Profesional especializado y/o Referente del servicio	17 Verificación continua del cumplimiento de guías y protocolos asistenciales en las actividades diarias. Reporte de novedades detectadas y participación en la retroalimentación o planes de mejora con la enfermera profesional.
OBSERVACIONES:	
270 HORAS CERTIFICADAS	
TOTAL A PAGAR:	
\$ 5.839.830 – CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE	
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ CC: 52132256	Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916
<i>Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</i>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ		KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	zoraidahernandez355@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
92254582	16/06/2026	92721967	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$2.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.100	0		0		0	5	100	0	1.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.300	0	0	0	0	5	100	0	1.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	200				200	5	100	300			2	300	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	1.100	1.200
Pensión	1	1.300	1.400
Riesgos Laborales	1	200	300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.600	2.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ		KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	zoraidahernandez355@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
92254582	16/06/2026	92721967	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$2.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAL	TAP	VPT	VST	SEN	ICE	LIA	VAC	AVP	VCT	INTL	CORRECCIÓN	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 52132256	HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA	57	0			N							X									25-14	2.340.940	30	374.600	0	0	0	0	EPS008	2.340.940	30	292.700	14-11	2.340.940	30	3	57.100		0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ		KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	zoraidahernandezchavez@hotmail.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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92254582	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$724.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	291.600	0		0		0	4	900	0	292.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	373.300	0	0	0	0	4	1.100	0	374.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	56.900				56.900	4	200	57.100			569	57.100	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	291.600	292.500
Pensión	1	373.300	374.400
Riesgos Laborales	1	56.900	57.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	721.800	724.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ		KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	zoraidahernandezchavez@hotmail.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
		92254582	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$724.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAL	TAP	VOP	VOT	SEN	ICE	LIA	VAC	AVP	VOT	INTL	CORRECCIÓN	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 52132256	HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA	57	0			N																25-14	2.332.800	30	373.300	0	0	0	0	EPS008	2.332.800	30	291.600	14-11	2.332.800	30	3	56.900		0	0	0	0	0	0	0	0