

|                                                                                  |                                                                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>          | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 |
|                                                                                  |                                                                                   | VERSIÓN: 8            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                                                   | FECHA: 28/07/2020     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                        |                                           |                                            |                                                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ |                                           |                                            |                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                 | C.C X C.E                                 | NO.                                        | 52538772                                                            |
| CELULAR:<br>3015983045                             | CORREO ELECTRÓNICO:<br>zamygv@hotmail.com | SEDE:<br>HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR            | CENTRO DE COSTOS:<br>CESR25 - ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS CES |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN FINANCIERA                   |                                           | SERVICIO:<br>ADMINISTRATIVO                |                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>BANCO DAVIVIENDA            | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>456370028619 |                                                                     |
| PENSIONADO:                                        | SI No X                                   |                                            |                                                                     |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |      |       |            |                                  |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|----------------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>3264-2026                      |      |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>3.9 |       |       |            |
| CDP 1                                                            | 163  | FECHA | 22/01/2026 | CRP 1                            | 9536  | FECHA | 01/02/2026 |
| CDP 2                                                            | 704  | FECHA | 20/05/2026 | CRP 2                            | 20140 | FECHA | 22/05/2026 |
| CDP 3                                                            | 1021 | FECHA | 21/07/2026 | CRP 3                            | 27747 | FECHA | 24/07/2026 |
| 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 como AUXILIAR DE ENFERMERÍA O TECNÓLOGO EN APH en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |  |                                      |  |       |                        |       |             |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                      |  | DESDE |                        | HASTA |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                      |  | DÍA   | MES                    | AÑO   | DÍA MES AÑO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                      |  | 01    | 07                     | 2026  | 31 07 2026  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>\$ 4.258.000                                                                                                                                                                                                                    |  | TIPO DE SERVICIOS:<br>ADMINISTRATIVO |  |       | VALOR HORA / DÍA:<br>— |       |             |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)                                                                                                                                                                               |  |                                      |  |       |                        |       |             |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO               |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| CONCEPTO                                        | VALORES       |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 24.838.333 |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 20.580.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 4.258.000  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | —             |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | —             |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 4.258.000  |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         | 82.9 %        |

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                  | \$ 325.000             | \$ 416.000             | III       | \$ 63.400  | \$ 804.400    | 93206552                       |

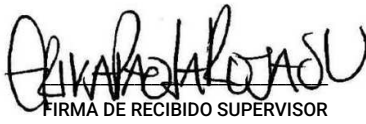
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Julio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente, | <div>  </div> <div>           NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR<br/>           ERIKA PAOLA ROJAS URREGO<br/>           CC: 53039804         </div> | <div>  </div> <div>           NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>           NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ<br/>           CC: 52538772         </div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |  |  |                                |                    |     |      |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--------------------|-----|------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |  |  |  |                                | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |      |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |  |  |                                | VERSIÓN: 4         |     |      |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |  |  |                                | PÁGINA: 1 DE 1     |     |      |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |  |  |                                | FECHA: 07/11/2024  |     |      |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |  |  | UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR |                    |     |      |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 3264-2026                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |  |  | PERIODO CERTIFICADO            | Día                | Mes | Año  | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |  |  |                                | 01                 | 07  | 2026 | 31  | 07  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |  |  |  | DOCUMENTO: 52538772            |                    |     |      |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERÍA O TECNÓLOGO EN APH en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                                            |  |  |  |  |                                |                    |     |      |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 82.9 %                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |  |  |                                |                    |     |      |     |     |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                             | Se contribuyó con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Se desarrollaron las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |
| "3. Apoyar la elaboración de informes y diligenciamiento en plataformas Decreto 2193 SIHO - SivicoF - circular030 - Cartera por edades Informe de glosas y demás que requieran los difentes usuarios del sistema tanto internos como externos"                                                                                                                                                         | Elaboración de informes mensuales como son; Junta directiva, Informe de Gestión, Comité de Ingresos, Circular 008 para SDS, requerimientos internos y externos a solicitud .<br>En cuanto a Decreto 2193, SivicoF y Circular 030 se presentan en las plataformas asignadas por los entes de control.                                                                                                      |
| 4. Identificar los pagos para legalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Apoyo en la identificación los pagos para legalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5. Legalizar los ingresos ante tesorería.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se generaron los recibos de caja para legalizar el recaudo de entidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| "6. Cruzar y conciliar la información entre cartera y contabilidad, cartera y tesorería, cartera y facturación, cartera y presupuesto."                                                                                                                                                                                                                                                                | Se generaron los cruces y conciliaciones necesarias con las Áreas involucradas para realizar el cierre del mes y determinar valores finales para presentación de informes internos y externos de acuerdo a los saldos de cuentas por cobrar.                                                                                                                                                              |
| 7. Verificar la información emitida por módulo de cartera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se validó el funcionamiento del módulo, se emitieron las alertas y se trabajaron con el Área de Sistemas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|                |

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ 4.258.000 – CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha: 31/07/2026<br><br><br><b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b><br>NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ<br>CC: 52538772 | Fecha: 31/07/2026<br><br><br><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b><br>ERIKA PAOLA ROJAS URREGO<br>CC: 53039804 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 325.000                             | 325.000       |
| Pensión                | 1                              | 416.000                             | 416.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 63.400                              | 63.400        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 804.400                             | 804.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52538772          | NIDIA ZAMARA GIL VELASQUEZ |        | CALLE 174# 7-79 | 3015983045         | zamygv@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 |
|                      |                                   | 93206552        | 09/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$804.400          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                            |  |  |  |           |       |                       |                 |          |     |     |     |     |     |    |     |         |     |     |     |     |     |      |            |             |           |      |                   |                        |                         |                                         |                                       |          |           |      |                           |          |           |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------|--|--|--|-----------|-------|-----------------------|-----------------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------------|-------------|-----------|------|-------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                            |  |  |  |           |       | INFORMACIÓN NOVEDADES |                 |          |     |     |     |     |     |    |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |      |            | SALUD       |           |      | RIESGOS LABORALES |                        |                         |                                         | CCF                                   |          |           |      | PARAFISCALES              |          |           |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres        |  |  |  | Cotizante | Salud | Extranjero            | Colom. exterior | Exonente | ING | RET | TDE | TAL | TAP | UP | VOT | SEN     | ICE | LVA | VAC | AVP | VOT | INTL | CORRECCIÓN | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional<br>de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |   |
| 1                     | CC 52538772                           | GIL VELASQUEZ NIDIA ZAMARA |  |  |  | 59        | 0     |                       |                 | N        |     |     |     |     |     |    |     |         |     |     |     |     |     |      |            | 230301      | 2.600.000 | 30   | 416.000           | 0                      | 0                       | 0                                       | 0                                     | EPS008   | 2.600.000 | 30   | 325.000                   | 14-11    | 2.600.000 | 30   | 3               | 63.400     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 | 0 |