Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: **GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**57299051**
CELULAR: **3114734791**	CORREO ELECTRÓNICO: **titi_8608@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**	CENTRO DE COSTOS: **CHPU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS CHAPINERO**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **7100924294**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1684-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10092	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19216	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	26789	**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 en 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:	TIPO DE SERVICIOS:	VALOR HORA / DÍA:
$ 4.022.994	**ASISTENCIAL**	**$ 21.629**

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

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 180 horas ejecutadas • Las obligaciones no deben ser iguales a las actividades.

El documento entregado carece de un reporte auténtico sobre las actividades realizadas. Debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), no se considera un informe válido para proceder con el pago. • Las obligaciones no deben ser iguales a las actividades.

El documento entregado carece de un reporte auténtico sobre las actividades realizadas. Debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), no se considera un informe válido para proceder con el pago.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 21.412.710**
VALOR EJECUTADO	$ 17.389.716
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.893.220**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	$ 4.022.994
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**81.2 %**

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
$ 2.076.384	$ 259.600	$ 332.300	III	$ 50.600	**$ 642.500**	1083734249

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	Shirley Gonzalez **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ CC: 57299051

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

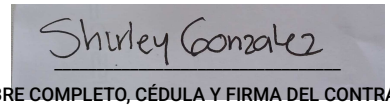
ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		UNIDAD: **HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**					
No. DE CONTRATO: **1684-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ**	DOCUMENTO: **57299051**						
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 (%): **81.2 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	1. Doy cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución
2. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	2. Se Realiza el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.
3.Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. Administracion, registro y devolución de medicamentos.	3. Se Realiza la revisión y envío a farmacia las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	4. Realizo de manera oportuna el tramite las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.
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.Cumplo 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.
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	6.Asisto a las capacitaciones y actividades según la programación institucional.
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.Cumplo con lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento	8.Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	9.Aplico las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.	10.Cumplo con la adherencia al Manual de Bioseguridad.
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	11.Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás 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. Se realiza 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.
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	13.Cumplo con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.
14. 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 y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	14.Presento 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 y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.

OBSERVACIONES:

180 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 180 horas ejecutadas

TOTAL A PAGAR:
$ 3.893.220 — TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026  **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ CC: 57299051	Fecha: 31/07/2026  **FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-17, 04:12:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083734249

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8801006342

PAGADO 17/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHIRLEY BEATRIZ GONZALEZ ALVAREZ		
Documento	CC57299051	**Dirección**	CR 71N #78 A - 54
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114734791
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 57299051	SHIRLEY BEATRIZ GONZALEZ ALVAREZ	57	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.076.384	$ 332.300	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.076.384	$ 259.600	2,436	$ 2.076.384	$ 50.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.076.384	$ 41.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 684.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.076.384	$ 2.076.384	$ 2.076.384	$ 2.076.384	$ 332.300	$ 259.600	$ 50.600	$ 41.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 684.100	$ 1.700	$ 685.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.