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: **DIANA CAROLINA GOMEZ ROMERO**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1012387333**
CELULAR: **3142806460**	CORREO ELECTRÓNICO: **dianacgo63@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**	CENTRO DE COSTOS: **FBCO02 - A USU ATENCION AL USUARIO USS FRAY BARTOLOMÉ**
PROCESO: **OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**		SERVICIO: **ADMINISTRATIVO**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **7500916205**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **774-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	163	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	11198	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	704	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21723	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1021	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	30112	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1166	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	31750	**FECHA**	26/08/2026
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: **$ 5.576.000**	TIPO DE SERVICIOS: **ADMINISTRATIVO**	VALOR HORA / DÍA: **–**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 33.456.000**
VALOR EJECUTADO	$ 27.880.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 5.576.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	–
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	–
SALDO POR EJECUTAR	$ 5.576.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**83.3 %**

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
$ 2.230.400	$ 278.900	$ 357.000	III	$ 54.400	**$ 690.300**	9506698343

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

Andrea Blanco Mejia **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR** ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA CC: 1014206239	**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** DIANA CAROLINA GOMEZ ROMERO CC: 1012387333

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: **OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**		UNIDAD: **HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**					
No. DE CONTRATO: **774-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **DIANA CAROLINA GOMEZ ROMERO**	DOCUMENTO: **1012387333**						
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 (%): **83.3 %**							

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.	Desde el plan de acción trazado anualmente por la Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano, se despliegan acciones que contribuyen de manera diaria en el marco operacional de los componentes estrategicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
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.	Realice las actividades enmarcadas dentro del proceso establecido por la Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano, contribuyendo a la Gestión Integral Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
3. Coordinar el proceso de asignación de citas de la Subred Norte, realizando seguimientos a las actividades del equipo de trabajo.	Se coordino la respuesta de asignacion de citas por los colaboradores asignados para los diferentes drives como respuesta a las peticiones de los usuarios de las EAPB y entes de vigilancia y control.
4. Propender por dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales establecidos en los tiempos pactados y con calidad, coherencia y calidez.	Se desarrollo estrategias y se mantienen monitorizadas para dar respuesta oportuna con calidad, coherencia y calidez a las peticiones de asignacion de citas de las diferentes EAPB, entes de vigilancia y control y usuarios.
5. Realizar constante seguimiento a la gestión para que los indicadores trazados generen los mejores resultados del equipo de trabajo.	Se realiza el seguimiento de los indicadores de gestion en la asignacion de citas y se realizan los diferentes ajustes con el fin de mejorar la respuesta y estandarizar los buenos resultados a las diferentes EAPB, entes de vigilancia y control y usuarios.
6. Mantener actualizados e Informar periódicamente sobre los indicadores establecidos para la gestión del equipo de trabajo.	Se mantienen los indicadores actualizados en todo momento para realizar seguimiento de las diferentes tareas del equipo de asignacionde citas y de igual manera para informar de manera oportuna a quien lo requiera.
7. Presentar oportunamente los informes requeridos por las diferentes áreas, instituciones y entes de control.	Se cumplio dentro de los terminos las solicitudes de reportes de informacion dentro de los diferentes procesos de los drives de asignacion de citas.
8. Asistir a reuniones o jornadas de capacitación direccionadas por la líder de la oficina de Atención al Ciudadano y Participación Social.	Se asitio a las reunion delegadas para este mes por la lider de la Oficina de ParticipacionComunitaria y Atencion al Usurio en Secretaria de Salud, Capital Salud y Subred Norte.
9. Atender las visitas de supervisión o auditorias de los diferentes instituciones y pagadores de la Subred Norte en lo que tiene que ver con las actividades de asignación de citas por petición de usuarios y EAPB, las cuales se gestionan por el equipo de trabajo.	Se atendieron las diferentes entidades que requirieron encuentro ya sea para asignacion de citas, conciliacion de drives, ajustes de procedimientos de asignacion de citas y resolucion de respuesta a peticiones de asignacion de citas. Fundaciones, EAPB, Servicios internos de la Subred Norte.
10. Las demás que le sean asignadas relacionadas con su área por la líder de la oficina de atención al usuario y participación social."	Se coordino el avance del autoagendamiento, se realiza seguimiento y visita al call center.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:
$ 5.576.000 — CINCO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026	Fecha: 31/07/2026

 **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** DIANA CAROLINA GOMEZ ROMERO CC: 1012387333	 **FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA CC: 1014206239

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012387333		GOMEZ ROMERO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 92 150 66 apto 619	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7828972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	468164494	9506698343	I	2026/07/08	2026/07/10	BANCO DAVIVIENDA	2	$691,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1012387333	GOMEZ DIANA	25-14	30	$2,231,000	$357,000	EPS010	30	$2,231,000	$278,900		0	$0	$0	14-11	30	$2,231,000	$54,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,231,000**	**$357,000**			**$2,231,000**	**$278,900**			**$0**	**$0**			**$2,231,000**	**$54,400**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$357,000	$600	$0	$357,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$357,000	$600	$0	$357,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,400	$100	$0	$54,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$54,400	$100	$0	$54,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$278,900	$500	$0	$279,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$278,900	$500	$0	$279,400
TOTAL				**1**	**$690,300**	**$1,200**	**$0**	**$691,500**