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: **ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1033820749**
CELULAR: **3204362284**	CORREO ELECTRÓNICO: **lorenashary04@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBI20CG - HOSP QUIRURGICOS - INTERCONSULTA CIRUGIA GENERAL- USS SIMÓN BOLIVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **8380456171**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **3570-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **3.2**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	13076	**FECHA**	26/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	18038	**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	**06**	**2026**	**30**	**06**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 2.566.056**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 13.796**

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

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 156 horas ejecutadas • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 72 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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 12.002.520**
VALOR EJECUTADO	$ 7.284.288
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 993.312**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	72
SALDO POR EJECUTAR	$ 4.718.232
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**60.7 %**

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	$ 218.900	$ 280.200	III	$ 42.700	**$ 541.800**	1081914601

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
ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA
CC: 1033820749

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 SIMÓN BOLÍVAR**						
No. DE CONTRATO: **3570-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA**	DOCUMENTO: **1033820749**						
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 (%): **60.7 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	realice la producción del servicio asignado siguiendo los procedimientos establecidos por la institución , asegurando que cada etapa se acomplejara dentro de los tiempos programados , verifique la calidad de los resultados antes de este proceso ,asegurando estándares de eficiencia y precisión requeridos
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	ejecute los procesos prioritarios establecidos para el funcionamiento del servicio asignado , cumpliendo con lo acordado y establecido en la normatividad vigente . realice cada tarea siguiendo los procedimientos establecidos , priorizando la eficacia, la seguridad y la continuidad del servicio garantizando su correcta operación
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	cumplí estrictamente con el manual de seguridad higienización , relacionado con la higiene y lavado de manos según las normas establecidas
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio	cumplí estrictamente con el manual de bioseguridad realizando la higienización y lavado de manos según los procedimientos establecidos , ejecutando la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo , aplicando medidas de aislamiento cuando fue necesario y siguiendo todas las demás normas de prevencion
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	elabore y presente los informes correspondientes según los requisitos institucionales , asegurando que la información fuera clara , completa y apropiada . además asistí a las capacitaciones brindadas , aportando ,mis conocimientos adquiridos para mejorar la prestación del servicio
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	realice todas las actividades programadas según el cronograma del servicio , asegurando que cada tarea se completara de acuerdo con los estándares de calidad requeridos para el servicio , garantizando un correcto desarrollo de cada actividad
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	mantuve la confidencialidad toda la información manejada durante el desarrollo de las actividades , asegurando que los datos de pacientes , personal y procesos institucionales se protegieran conforme ala normatividad vigente , aplique medidas de seguridad en el manejo , almacenamiento y transmisión de la información , garantizando la privacidad y la integridad de los datos
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	cumplí con los procesos de atención de enfermería establecidos , aplicando los instructivos de buenas practicas en cada intervención realizada , preste el servicio de manera segura , eficiente y de acuerdo con los protocolos institucionales , garantizando la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes ,
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	registrar de manera completa , legible y oportuna la historia clínico y los registros institucionales , dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	se brinda de forma clara y eficaz , educada y sobre los procesos de atención del paciente a familiares
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	realizo atención de paciente adaptándome a las políticas , guía de manejo , instructivos , manuales , procesos y procedimientos institucionales
12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc)	realizo el registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución registro de inventario , eventos adversos , mesas de servicio , ingresos y egresos , todos los formatos institucionales

OBSERVACIONES:

72 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 156 horas ejecutadas • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 72 horas ejecutadas

TOTAL A PAGAR:
$ 993.312 — NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  _____ **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA CC: 1033820749	Fecha: 30/06/2026  **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: 2026-06-09, 06:25:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081914601

Periodo Cotización: mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824119590

PAGADO 08/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA		
Documento	CC1033820749	**Dirección**	CL 48X SUR #5 D - 38
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204362284
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 1033820749	ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

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.