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: **LUZ DARYS NIÑO OBREGON**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**32884715**
CELULAR: **3005151505**	CORREO ELECTRÓNICO: **ninool.07@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESI06 - HOSP MEDICINA INTERNA USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **29700045866**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1612-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10030	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19404	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	894	**FECHA**	22/06/2026	**CRP 3**	23888	**FECHA**	26/06/2026
CDP 4	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 4**	26743	**FECHA**	24/07/2026
CDP 5	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 5**	34872	**FECHA**	26/08/2026
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	**08**	**2026**	**31**	**08**	**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

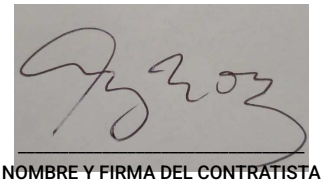
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 43.863.612**
VALOR EJECUTADO	$ 29.977.794
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 5.839.830**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	270
SALDO POR EJECUTAR	$ 13.885.818
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**68.3 %**

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
$ 2.128.294	$ 268.800	$ 344.000	III	$ 52.400	**$ 665.200**	9509504877

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Agosto** 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
LUZ DARYS NIÑO OBREGON
CC: 32884715

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: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		UNIDAD: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**					
No. DE CONTRATO: **1612-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	08	2026	31	08	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LUZ DARYS NIÑO OBREGON**		DOCUMENTO: **32884715**					
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 (%): **68.3 %**							

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.	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 desarrollan las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento 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, Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución, identificando indicadores del servicio asignado	se da cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución, identificando indicadores del servicio asignado.
4, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	dan cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.
5, Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos.	se hace revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos
6, Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	setramitan oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva
7, 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.	se cumplen 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.
8, Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	se asiste a capacitaciones y actividades según la programación institucional
9, Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.	se da cumplimiento lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.
10, 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.	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.
12, Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y	Se aplican los procesos institucionales con las guias y politicas que exige

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
protocolos anexos.	el servicio
13, Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	se cumplen las adherencias al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos.
14, 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	Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública
15, Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	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
16, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales establecidas por la institución
17, Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos 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. programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los	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.
18, 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.	establecer plan de trabajo para fortalecer competencias en conjunto con el Profesional especializado y/o Referente del servicio.

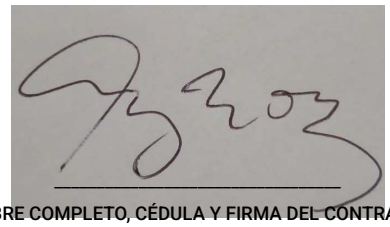
OBSERVACIONES:

270 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 5.839.830 — CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

Fecha: 31/08/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LUZ DARYS NIÑO OBREGON
CC: 32884715

Fecha: 31/08/2026

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.

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 32884715		NIÑO OBREGON LUZ DARLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 70 d numero 64-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3923777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	568713662	9509504877	I	2026/08/06	2026/08/18	BANCO DAVIVIENDA	12	$671,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0
1	CC	32884715	NIÑO LUZ	25-14	30	$2,150,000	$344,000	EPS010	30	$2,150,000	$268,800		0	$0	$0	14-11	30	$2,150,000	$52,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0

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 32884715		NIÑO OBREGON LUZ DARLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 70 d numero 64-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3923777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	568713662	9509504877	I	2026/08/06	2026/08/18	BANCO DAVIVIENDA	12	$671,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$344,000	$3,200					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$344,000	$3,200	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,400	$500					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$52,400	$500	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,800	$2,500					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$268,800	$2,500	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$665,200	$6,200	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$347,200
$347,200
$52,900
$52,900
$271,300
$271,300
$671,400