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: **ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1007821204**
CELULAR: **3112488677**	CORREO ELECTRÓNICO: **elancoga11@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80**	CENTRO DE COSTOS: **ENGB02 - URG OBSERVACIÓN USS ENGATIVÁ**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **488418981640**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2731-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12023	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	17788	FECHA	22/05/2026
CDP 3	1028	FECHA	21/07/2026	CRP 3	29733	FECHA	24/07/2026
CDP 4	1164	FECHA	26/08/2026	CRP 4	32438	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	08	2026	31	08	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: SE MODIFICAN HORAS A LA CONTRATISTA. • CUBRE 21 JN 3 HORAS TM VOTACIÓN DE SUS COMPAÑEROS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 22.390.908**
VALOR EJECUTADO	$ 14.568.576
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 2.690.220**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	195
SALDO POR EJECUTAR	$ 7.822.332
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**65.1 %**

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**	93614592

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
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
CC: 1030565725

Eliana Coronado

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO
CC: 1007821204

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 DE URGENCIAS**	UNIDAD: **HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80**						
No. DE CONTRATO: **2731-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO**		01	08	2026	31	08	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO**	DOCUMENTO: **1007821204**						
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 (%): **65.1 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Contribuir con la atencion con el paciente y familiar para una mejor estadia y confort en el hospital.	Se comienza con una buena actitud y un saludo de bienvenida para que se sientan comodos, dar informacion de los procedimientos a realizar
Desarrollar cada actividad que nos indique siguiendo las normal indicadas en la isntitucion.	Se desarrolla las actividades al pie de la letra cumpliendo cada requisito indicado y dado en el manual de la institución.
Leer y actualizarce en los protocolos que se hallan cambiado en la institucion y seguirlos al pie de la letra.	Se realiza las actividades y los protocolos actualizados, como indica en el hospital, teniendo en cuenta los cambios que nos dan para mejorar nuestra atención.
Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Se realizan procesos de enfermería con agilidad y buena practica para hacer lo posible en disminuir los tiempos en la atención
Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	Cumplo con los procesos de atención, instructivos y buenas practicas en la prestación de servicio
Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Entrego informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.
Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Realizo y cumplo con las actividades según cronograma de servicio
Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Mantengo la confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades
Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Aplico la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.
Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Registro de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales.
Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.	Brindo información al usuario y su familia un trato respetuoso
Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Adopto en mi labor diaria las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.

OBSERVACIONES:

195 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE MODIFICAN HORAS A LA CONTRATISTA.

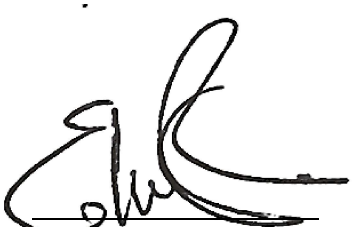
TOTAL A PAGAR:
$ 2.690.220 — DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Fecha: 31/08/2026

Eliana Coronado

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO
CC: 1007821204

Fecha: 31/08/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007821204	ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO	KR 54 49A 29 SUR	3112488677	elancoga11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93614592	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$550.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	20	3.400	0	222.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	20	4.300	0	284.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	20	700	43.400			427	43.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	222.300
Pensión	1	280.200	284.500
Riesgos Laborales	1	42.700	43.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	550.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007821204	ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO	KR 54 49A 29 SUR	3112488677	elancoga11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93614592	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$550.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza, exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007821204	CORONADO GALLARDO ELIANA ANDREA	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información