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: **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**52132256**
CELULAR: **6017171977**	CORREO ELECTRÓNICO: **zoraidahernandez355@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80**	CENTRO DE COSTOS: **ENGI20PS - HOSP QUIRURGICOS - INTERCONSULTA PSICOLOGIA - USS ENGATIVÁ**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **4870327899**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1652-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10066	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19387	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	894	**FECHA**	22/06/2026	**CRP 3**	23903	**FECHA**	26/06/2026
CDP 4	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 4**	26769	**FECHA**	24/07/2026
CDP 5	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 5**	34900	**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	**09**	**2026**	**30**	**09**	**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:	**$ 40.489.488**
VALOR EJECUTADO	$ 32.313.726
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.893.220**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	$ 8.175.762
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**79.8 %**

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	$ 220.000	$ 281.600	III	$ 42.900	**$ 544.500**	95238845

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Septiembre** 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** ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ CC: 52132256

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 ENGATIVÁ CALLE 80**					
No. DE CONTRATO: **1652-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ**		DOCUMENTO: **52132256**					
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 (%): **79.8 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución (asignación de cama), identificando y cumpliendo indicadores del servicio asignado (giro cama, porcentaje ocupacional, estancia hospitalaria, etc.).	1.Ejecuté las actividades asistenciales propias del servicio asignado dando cumplimiento a los estándares de producción, identificando y verificando los indicadores del servicio, para dar cumplimiento a los tiempos establecidos por la Institución, durante el periodo de ejecución del contrato.
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	2.Apliqué los procesos prioritarios establecidos para el funcionamiento del servicio asignado, ajustándome a la normatividad vigente, para garantizar la continuidad y calidad de la atención, durante el periodo de ejecución del contrato.
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	3.Revisé y envié a farmacia las órdenes de medicamentos, y realicé la administración, el registro y la devolución de medicamentos a los pacientes a cargo, para garantizar la adherencia al ciclo de medicamentos, durante el periodo de ejecución del contrato.
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	4.Tramité oportunamente ante el área administrativa respectiva las necesidades identificadas en el servicio, para garantizar la disponibilidad de los recursos requeridos en la atención, durante el periodo de ejecución del contrato.
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.Cumplí con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos y protocolos requeridos para el desarrollo de mis actividades, y presenté los informes, solicitudes, peticiones y demás actividades administrativas generadas en el servicio, durante el periodo de ejecución del contrato.
Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	6.Asistí a las capacitaciones y actividades programadas por la Institución, para dar cumplimiento a la programación institucional establecida, durante el periodo de ejecución del contrato.
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.Cumplí con lo establecido por la Institución conforme a los cronogramas definidos, desarrollando las actividades pertinentes con el objeto del contrato, durante el periodo de ejecución del contrato.
8 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	8.Brindé información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando los riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, y registré dicha información en la historia clínica, durante el periodo de ejecución del contrato.
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	9.Apliqué las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos institucionales vigentes en el desarrollo de mis funciones, para garantizar la estandarización de la atención, durante el periodo de ejecución del contrato.
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	10.Cumplí con la adherencia al manual de bioseguridad y a los protocolos anexos, aplicando las medidas de higiene, limpieza, desinfección y protección personal en cada procedimiento, para prevenir infecciones asociadas a la atención en salud, durante el periodo de ejecución del contrato.
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	11.Realicé la notificación obligatoria de los sucesos de seguridad del paciente, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública identificados, para dar cumplimiento a la vigilancia epidemiológica institucional, durante el periodo de ejecución del contrato.
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.Realicé el proceso de traslado, referencia y contrarreferencia de los pacientes que lo requirieron, dentro de la prestación integral de servicios de la Subred, de acuerdo con la normatividad que regula dichos procesos, durante el periodo de ejecución del contrato.
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la	12.Asistí a las capacitaciones virtuales y presenciales convocadas por la Subred Norte ESE, presentando la certificación correspondiente, para

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
certificación correspondiente	fortalecer las competencias requeridas en el desarrollo de mis funciones, durante el periodo de ejecución del contrato.
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.	14.Registré de manera completa, legible y oportuna la historia clínica y los registros institucionales correspondientes a la atención prestada, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999, durante el periodo de ejecución del contrato.
15 Registrar de manera completeness, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	15.Presenté las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte, sobre los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en el puesto de trabajo y manuales de inducción y reinducción, para dar cumplimiento a lo solicitado por la Subred Norte ESE, durante el periodo de ejecución del contrato.
16 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	16.Realicé el seguimiento a la apropiación y adherencia a los procesos institucionales por parte del personal a cargo, y establecí, en conjunto con el profesional especializado y/o referente del servicio, planes de trabajo para fortalecer competencias ante las novedades identificadas, durante el periodo de ejecución del contrato.

OBSERVACIONES:

180 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 3.893.220 — TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ
CC: 52132256

Fecha: 30/09/2026



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.

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	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ	KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	zoraidahernandez355@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
		95238845	18/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$547.500	

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	220.000	0		0		0	7	1.200	0	221.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	281.600	0	0	0	0	7	1.500	0	283.100	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	42.900				42.900	7	300	43.200			429	43.200	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	220.000	221.200
Pensión	1	281.600	283.100
Riesgos Laborales	1	42.900	43.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	544.500	547.500

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	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ	KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	zoraidahernandez355@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
		95238845	18/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$547.500	

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	Colom. exterior	Excarcelado	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 52132256	HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA	57	0			N																	25-14	1.760.000	30	281.600	0	0	0	0	EPS008	1.760.000	30	220.000	14-11	1.760.000	30	3	42.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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