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: **ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**55302607**
CELULAR: **3004872085**	CORREO ELECTRÓNICO: **alexsandraortiz@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESD01 - PARTOS Y CESAREAS USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCOLOMBIA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **20485109795**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2080-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10956	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21529	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	27060	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	35203	**FECHA**	26/08/2026
CDP 5	1327	**FECHA**	22/09/2026	**CRP 5**	37306	**FECHA**	24/09/2026
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: **$ 17.659.026**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 94.941**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 140.037.975**
VALOR EJECUTADO	$ 122.473.890
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 17.564.085**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	185
SALDO POR EJECUTAR	$ 17.564.085
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**87.5 %**

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
$ 7.139.563	$ 952.200	$ 1.295.000	III	$ 185.600	**$ 2.432.800**	9509403045

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
ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
CC: 55302607

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: **2080-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA**	DOCUMENTO: **55302607**						
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 (%): **87.5 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Se completa la produccion de todas las actividades para el servicio de ginecologia, cumpliento los estándares del servicio asignado, utilizando los tiempos establecidos por la Institución.
2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades	Se realizan todos los procesos prioritarios del servicio de ginecologia utilizando siempre la normatividad vigente que rige el funcionamiento del servicio de Ginecoobstetricia.
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	Realizar todos los formatos insticuionales destinados para el recibo y entrega de turno de manera electronica y presencial, con el fin de da continuidad al tratamiento de las pacientes en servicio de Ginecologia y Obstetricia
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad	se realizaro todas las actividades de ginecoobstetricia solicitadas por la institución y en los servicios cumpliendo con que corresponde a respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/ o área asignada, realizé los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; se realiza todas las notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccioné los pacientes a RIAS relacioonado con ginecoobstetricia
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	realizar la consulta de control posoperatorio de las pacientes de ginecologia y obstetricia, se diligencia adecuamente la historia cinica, explica a paciente y familiares cuidados derivados del procedimiento y signos de alarma.
6 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución	Dar toda la información medica al usuario y su familia sobre su estado de salud, toda la informacion que requiera acerca sde los riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento , siempre usando un trato calido, utilizando la política de humanización de la institución
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	Se utilizo en casa proceso de atencion de paciente las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	siempre realizar de manera oportuna la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Se realiza el diligenciamiento oportuno de todos sistemas de información que se requieren para el funcionamiento del servico de ginecologia y obsetricia y que hacen parte de las estadisticas vitales para el servicio
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Asistir puntualmente a todas capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE , si se requerie presentar las certificaciones correspondientes a estas capacitaciones realizadas
11 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 y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Se presentaron y aprobaron todas las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte que le premiten evaluar la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Cuidar y usar adecuadamente todos los equipos y elementos usados en el servicios puestos a disposición para el desarrollo del actividades de atencion medico de las paciente producto del objeto contractual
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	Cumplir asisitecia oportuna a todos los comités intra y extrainstitucionales, indicados por el servicio de Ginecologia
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad	Estar presente en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte en que me requieran y aplicar todas las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad de manera oportuna.
15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución	tener todas las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, favorezciendo el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución
16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución	Reailzar toda la ejecución coordinada de actividades en el servicio de Ginecologia y obstetricia de acuerdo al area en que me encutre con trabajo en equipo con los otros servicios y áreas de la institución
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Siempre realizar un consumo de insumos medico quirúrgicos con un autoconrtrol adecuado y con oportunidad para la prestación del servicio y el desarrollo de las actividades
18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte	siempre se realizan las actividades laborales utilizando los principios y valores institucionales, con énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, propendiendo un lugar armonico para el ejericico de las actividad y finalmente apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte

OBSERVACIONES:

185 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 17.564.085 — DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026



_____

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
CC: 55302607

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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55302607		ORTIZ ROVIRA ALEXSANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 79 # 19 a - 28 int 2 apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3004872085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	638337008	9509403045	I	2026/09/02	2026/09/09	BANCOLOMBIA	7	$2,445,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$7,617,353**	**$1,295,000**			**$7,617,353**	**$952,200**			**$0**	**$0**			**$7,617,353**		**$185,600**		**$0**	**$0**		**$2,432,800**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$7,617,353**	**$1,295,000**			**$7,617,353**	**$952,200**			**$0**	**$0**			**$7,617,353**		**$185,600**		**$0**	**$0**		**$2,432,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$7,617,353**	**$1,295,000**			**$7,617,353**	**$952,200**			**$0**	**$0**			**$7,617,353**		**$185,600**		**$0**	**$0**		**$2,432,800**
1	CC	55302607 ORTIZ ALEXSANDRA									X									25-14	30	$7,617,353	$1,295,000	EPS010	30	$7,617,353	$952,200		0	$0	$0	14-23	30	$7,617,353	2.436%	$185,600	0	$0	$0	No	$2,432,800
Total	**Afiliados(1)**																				$7,617,353	$1,295,000			$7,617,353	$952,200			$0	$0			$7,617,353		$185,600		$0	$0		$2,432,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,295,000	$6,800	$0	$1,301,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,295,000	$6,800	$0	$1,301,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,000	$0	$186,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$185,600	$1,000	$0	$186,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$952,200	$5,000	$0	$957,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$952,200	$5,000	$0	$957,200
TOTAL				**1**	**$2,432,800**	**$12,800**	**$0**	**$2,445,600**

Espacio para
Logo Corporativo

ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
NIT 55.302.607-7
CR 79 19A 28 IN 2 AP 201
Tel: (031) 5511886
Bogotá - Colombia
alexsandraortiz@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 208

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
NIT	900.971.006-4	**Teléfono**	(031) 4431790
Dirección	CL 66 15 41	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	08/09/2026, 21:18
Expedición	08/09/2026, 21:18
Vencimiento	08/09/2026

Ítem	Nombre producto	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS MEDICOS	1.00	17,564,085.00

Total items: 1

Total Bruto	17,564,085.00
Total a Pagar	17,564,085.00

Valor en Letras:
Diecisiete millones quinientos sesenta y cuatro mil ochenta y cinco pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 17,564,085.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764109938286 aprobado en 20260519 prefijo FE desde el número 201 al 300 Vigencia: 24 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 4a219fa4a3e976800a614d4df096177e03b7b92718385633af2c9a765e9cf752f4ac08c54fb55fc0a6d7e1e929cf28c6

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML