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: **PAULA DANIELA GARZON GRANADOS**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1022425847**
CELULAR: **3105712961**	CORREO ELECTRÓNICO: **paulapgarzon04@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBJ04 - U. ESP UCI NEONATAL USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **456800287124**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **4717-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **1.77**	

CDP 1	954	**FECHA**	30/06/2026	**CRP 1**	25000	**FECHA**	10/07/2026
CDP 2	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 2**	35773	**FECHA**	26/08/2026
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	**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:	**$ 14.534.688**
VALOR EJECUTADO	$ 4.022.994
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 4.022.994**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	$ 10.511.694
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**27.7 %**

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**	94661611

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** PAULA DANIELA GARZON GRANADOS CC: 1022425847

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 SIMÓN BOLÍVAR**						
No. DE CONTRATO: **4717-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **PAULA DANIELA GARZON GRANADOS**	DOCUMENTO: **1022425847**						
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 (%): **27.7 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución, identificando indicadores del servicio asignado	1. Se brindo atención integral y oportuna al recién nacido con necesidades particulares e individuales, cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad del paciente. Se realizaron valoraciones de enfermería, administración de medicamentos, monitoreo continuo, ejecución de procedimientos asistenciales, registros en historia clínica y seguimiento a las indicaciones establecidas por la institución, durante 15 veces en el mes.
2. Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	2. Se dio cumplimiento a los procesos prioritarios institucionales mediante la aplicación de protocolos de atención del servicio, prevención y control de infección, identificación segura del paciente, manejo seguro en la administración de los medicamentos, vigilancia de eventos adversos y cumplimiento de las metas de seguridad del paciente, durante 15 veces en el mes.
3. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	3. Se revisaron y gestionaron oportunamente las ordenes médicas, realizando el envió a farmacia de los requerimientos de medicamentos. Se garantizo la correcta recepción, almacenamiento, preparación, administración, registro y devolución de medicamentos, cumplimiento con los protocolos institucionales y el ciclo seguro de los mismos, durante 15 veces en el mes.
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	4. Ordenes de medicamentos gestionadas de manera oportuna, administración segura de medicamentos según los correctos de la OMS, registros completos en historia clínica y cumplimiento de los lineamientos institucionales, durante 15 veces en el mes.
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. Se dio seguimiento a los procesos, procedimientos, guías, protocolos e instructivos institucionales aplicables al recién nacido, se realizaron registros de enfermería de manera oportuna, durante 15 veces en el mes.
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	6. Participe activamente en 1 capacitación presencial programadas por la institución, fortaleciendo conocimientos y competencias para brindar una atención segura y de calidad a los pacientes.
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. Se dio cumplimiento a las actividades asistenciales asignadas de acuerdo con la asignación institucional y las responsabilidades consignadas en el contrato, garantizando la atención oportuna, continua y segura de los pacientes, durante los 15 días trabajados del mes.
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. Se brindo información a los padres del recien nacido, sin embargo, es de resaltar que la evolución del paciente es responsabilidad directamente del personal médico, el personal de enfermería brinda información relacionada con el cuidado directo del recién nacido, normas y políticas de la unidad y dudas que se puedan llegar a presentar durante la estancia, durante 15 veces en el mes.
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	9. Se aplico las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales, durante la atención integral del recién nacido, garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad, seguridad del paciente y buenas prácticas de enfermería. durante 15 veces en el mes.
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	10. Se dio cumplimiento al Manual de Bioseguridad y protocolos institucionales mediante la correcta higienización de manos, uso adecuado de los elementos de protección personal, manejo seguro de los residuos hospitalarios, aplicación de precauciones, y seguimiento de las medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, durante 15 veces en el mes.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	11. Se realizo la identificación oportuna de los eventos adversos, incidentes de seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención y demás eventos de interés de salud pública, de acuerdo con los lineamientos institucionales y normatividad vigente, contribuyendo al seguimiento y mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
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. Participe en el proceso de traslado, referencia y contrarreferencia de los pacientes de acuerdo a sus requerimientos, garantizando la continuidad del cuidado mediamente la preparación del paciente, verificación de documentación clínica, entrega de información completa al equipo.
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	13. Participe en 1 capacitación virtual y presenciales programadas por la institución, fortaleciendo conocimientos relacionados con la atención del paciente, seguridad del paciente, calidad y bioseguridad.

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 4.022.994 — CUATRO MILLONES VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026 **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** PAULA DANIELA GARZON GRANADOS CC: 1022425847	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	1022425847	PAULA DANIELA GARZON GRANADOS	Calle 73 sur # 88 i08	7237847	paulapgarzon04@hotmail.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
		94661611	22/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$546.800	

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	12	2.000	0	220.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	12	2.600	0	282.800	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	12	400	43.100			427	43.100	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	220.900
Pensión	1	280.200	282.800
Riesgos Laborales	1	42.700	43.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	546.800

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	1022425847	PAULA DANIELA GARZON GRANADOS	Calle 73 sur # 88 i08	7237847	paulapgarzon04@hotmail.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
		94661611	22/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$546.800	

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	INS	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 1022425847	GARZON GRANADOS PAULA DANIELA	59	0			N																	231001	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