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: **GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**57299051**
CELULAR: **3114734791**	CORREO ELECTRÓNICO: **titi_8608@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**	CENTRO DE COSTOS: **CHPU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS CHAPINERO**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **7100924294**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1684-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10092	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19216	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	26789	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	34922	**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	**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.)

No cumple con los requisitos para la certificación (No ha cargado las cuentas de cobro en plan de pagos en Secop II).

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 33.481.692**
VALOR EJECUTADO	$ 25.435.704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.958.107**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	183
SALDO POR EJECUTAR	$ 8.045.988
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**76.0 %**

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**	1084385986

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	Shirley Gonzalez **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ CC: 57299051

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 HOSPITALARIOS**		UNIDAD: **HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**					
No. DE CONTRATO: **1684-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ**		DOCUMENTO: **57299051**					
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 (%): **76.0 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Gestión y priorización operativa de las tareas asistenciales mediante el uso de agendas de trabajo y control de tiempos por paciente, velando por mantener la eficiencia sin descuidar el estándar de calidad y oportunidad.
2. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	Coordinación del equipo de auxiliares y ejecución del proceso de entrega de turno, estructurando de manera individualizada el plan de atención y el balance de riesgos clínicos de cada paciente asignado.
3.Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. Administracion, registro y devolución de medicamentos.	Recepción, validación, administración bajo rigurosos criterios de seguridad (correctos) y gestión de devoluciones o ajustes farmacológicos directamente con el servicio farmacéutico.
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Detección temprana y reporte formal de fallas locativas, carencia de insumos críticos o averías de equipos biomédicos ante las dependencias de soporte administrativo y logístico.
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	Aplicación estricta de la normatividad técnica institucional en la rutina asistencial, estructurando los reportes administrativos y de gestión requeridos por la jefatura del servicio.
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Concurrencia puntual y participación activa en talleres presenciales, clínicas de simulación o jornadas de actualización convocadas por la entidad.
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.	Ejecución cronometrada y oportuna de los compromisos contractuales y asistenciales, acatando las fechas límite para la entrega de soportes y reportes de gestión.
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento	Consejería y orientación directa al paciente y su núcleo familiar respecto al pronóstico, pautas de autocuidado y resolución de dudas sobre el manejo clínico establecido.
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Integración de los manuales de procedimientos y políticas de calidad en el quehacer diario, asegurando la trazabilidad de los procesos y la seguridad del paciente.
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.	Práctica rutinaria de las medidas de aislamiento, manejo de residuos y barreras de protección de acuerdo con los lineamientos de prevención de infecciones.
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Identificación, contención inmediata y reporte formal mediante las plataformas y fichas epidemiológicas o de seguridad del paciente ante cualquier evento adverso o brote.
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.	Gestión administrativa y clínica del traslado del paciente, emitiendo la información de continuidad asistencial y asegurando la estabilidad durante el proceso de referencia.
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Desarrollo de los módulos académicos y formativos dispuestos por la Subred Norte ESE a través de las plataformas virtuales o espacios presenciales asignados.
14. 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,	Presentación de las evaluaciones de suficiencia y actualización de conocimientos orientadas a medir el dominio de los protocolos y manuales de la Subred Norte.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	

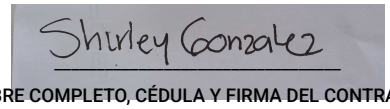
OBSERVACIONES:

183 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 3.958.107 — TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO SIETE PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
GONZALEZ ALVAREZ SHIRLEY BEATRIZ
CC: 57299051

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-22, 10:33:17 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1084385986

Periodo Cotización: agosto de 2026 | Periodo Servicio: agosto de 2026 | Referencia pago 8824308385

PAGADA 10/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHIRLEY BEATRIZ GONZALEZ ALVAREZ		
Documento	CC57299051	Dirección	CR 71N #78 A - 54
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3114734791
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 57299051	SHIRLEY BEATRIZ GONZALEZ ALVAREZ	57	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1,750,905	$35,100	$0	$0	$0	$0	$576,900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$280,200	$218,900	$42,700	$35,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$576,900	$0	$576,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!