

	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: LEIDY JOANA SAIZ AGUILAR			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1033721155
CELULAR: 3203177607	CORREO ELECTRÓNICO: lsaiz.aguilar@gmail.com	SEDE: HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS	CENTRO DE COSTOS: FBCJ10 - U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS FRAY BARTOLOMÉ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 24103662769	
PENSIONADO:	SI No X		

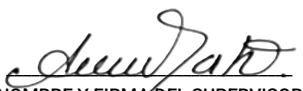
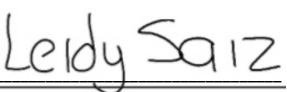
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4154-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.03			
CDP 1	549	FECHA	20/04/2026	CRP 1	17198	FECHA	30/04/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19022	FECHA	22/05/2026
CDP 3	1028	FECHA	21/07/2026	CRP 3	27515	FECHA	24/07/2026
CDP 4	1164	FECHA	26/08/2026	CRP 4	35685	FECHA	26/08/2026
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

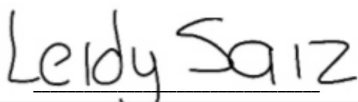
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		HASTA			
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
			01	09	2026	30	09	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.566.056		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796			
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)								
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se modifican horas ejecutadas , según el reporte del referente se ejecutaron 168 horas.								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 14.651.352
VALOR EJECUTADO	\$ 9.270.912
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.317.728
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	168
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.380.440
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63.3 %

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	9510083696

<p>Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Septiembre del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <div> NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</div>	<div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA LEIDY JOANA SAIZ AGUILAR CC: 1033721155</div>
---	---

	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: 4154-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEIDY JOANA SAIZ AGUILAR				DOCUMENTO: 1033721155						
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 (%): 63.3 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Ejecute de actividades asistenciales cumpliendo metas de produccion y tiempos definidos por la institución					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					Aplique de procesos institucionales conforme a lineamientos y normatividad vigente					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					Aplique de protocolos de bioseguridad(lavado de manos,uso de EPP,desinfeccion,aislamiento)					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					Atendi de pacientes aplicando protocolos de enfermeria y buenas practicas clinicas					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					Elanore de informes mensuales y practicipacion en capacitaciones institucionales					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					Ejecute de actividades programadas conforme al cronograma del servicio					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					Maneje reservado de la informacion clinica e institucional					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					Participe en actividades del sistema de gestion de calidad					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					Diligencie completo,legible y oportuno de historia clinica y registro					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					Oriente al usuario y familia con trato humanizado					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					Aplique de guías clinicas,protocolos de procedimientos institucionales					
12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc)					Registre y reporte en sistemas institucionales (inventarios,eventos,adversos,etc.)					
OBSERVACIONES:										
168 HORAS CERTIFICADAS AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se modifican horas ejecutadas , según el reporte del referente se ejecutaron 168 horas.										
TOTAL A PAGAR: \$ 2.317.728 – DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE										
Fecha: 30/09/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA LEIDY JOANA SAIZ AGUILAR CC: 1033721155					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.										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033721155		SAIZ AGUILAR LEIDY JOANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 65A BIS SUR 18 P 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203177604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-08	2026-08	651185342	9510083696	I	2026/09/11	2026/09/14	BANCO CAJA SOCIAL	\$543,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
1	CC	1033721155	SAIZ LEIDY	230201	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$ 1,750,905	\$218,900		0	\$0		\$0	14-11	30	\$ 1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033721155		SAIZ AGUILAR LEIDY JOANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 65A BIS SUR 18 P 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203177604	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	651185342	9510083696	I	2026/09/11	2026/09/14	BANCO CAJA SOCIAL	3	\$543,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$280,200	\$700					\$0
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$42,700	\$100					\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$218,900	\$500					\$0
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL					1	\$541,800	\$1,300	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

POR A PAGAR

\$280,900

\$280,900

\$42,800

\$42,800

\$219,400

\$219,400

\$543,100