

	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: CASTRO LARA JOHN RAFAEL			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	79053213
CELULAR: 3108739697	CORREO ELECTRÓNICO: johncas2006@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBI06 - HOSP MEDICINA INTERNA USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 4870191899	
PENSIONADO:	SI No X		

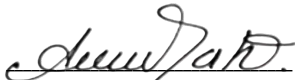
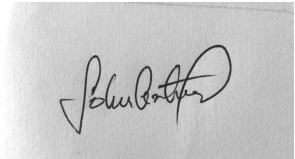
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2008-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10565	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21520	FECHA	22/05/2026
CDP 3	769	FECHA	28/05/2026	CRP 3	22374	FECHA	29/05/2026
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	05	2026	31 05 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 17.412.948		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 93.618	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 101.669.148
VALOR EJECUTADO	\$ 64.034.712
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 20.221.488
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	216
SALDO POR EJECUTAR	\$ 37.634.436
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63.0 %

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
\$ 8.537.962	\$ 2.287.500	\$ 3.111.000	III	\$ 445.800	\$ 5.844.300	6014396217

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo 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 CASTRO LARA JOHN RAFAEL CC: 79053213
---	---	---

	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 SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 2008-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASTRO LARA JOHN RAFAEL				DOCUMENTO: 79053213						
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 (%): 63.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.					Desarrollé las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento del Sistema Único de Acreditación: Gestión del riesgo, Humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura					
3, Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Cumplí los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución					
4, 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.					Cumplí 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					
5, Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales.					Realicé recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales					
6, 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, 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 .					Cumplí con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios : Respondí las interconsultas, realicé la ronda médica y evoluciones diarias de todos los pacientes hospitalizados a mi cargo, realización de procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realicé los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					
7, 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.					Brindé 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					
8, Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución.					Aplicué las políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución					
9, Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					Realicé la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública					
10, Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.					Registré permanentemente los sistemas de información que estaban a mi cargo y los mantuve al día					
11, Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.					Cumplí con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte E.S.E. convocó y presenté la certificación correspondiente					
12, Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, 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.					Presenté las evaluaciones de adherencia y conocimientos programados por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamientos en puesto de trabajo, manuales, inducción, reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte E.S.E					

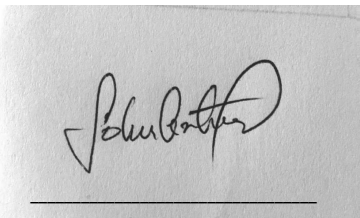
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
13, Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	Cumplí con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual
14, Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.	Asistí a los comités intra y extrainstitucionales cuando fue requerido
15, 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.	Participé 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.
16, 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.	Cumplí con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favoreciera el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución
17, 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.	Apoyé la ejecución coordinada de actividades en el servicio de se me asignó y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución
18, Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades.	Cumplí con criterios de autocontrol de insumos médico quirúrgicos en la prestación de servicio y en el desarrollo de las actividades
19, 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.	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

OBSERVACIONES:

216 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 20.221.488 – VEINTE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUNO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CASTRO LARA JOHN RAFAEL CC: 79053213	Fecha: 31/05/2026  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.

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 2.928.000	\$ 0	\$ 0	\$ 91.500	\$ 91.500	\$ 0	\$ 0	\$ 3.111.000	\$ 0	\$ 3.111.000
SUBTOTALES:										\$ 3.111.000	\$ 0	\$ 3.111.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSA SALUD S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 0	\$ 2.287.500
SUBTOTALES:									\$ 2.287.500				\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 0	\$ 2.287.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 445.800	\$ 445.800	\$ 0	\$ 0	\$ 445.800
SUBTOTALES:									\$ 445.800	\$ 0	\$ 0	\$ 445.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						ARP				IBCF	ESAP	MINEDU								
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE				ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			
1	CC 79053213	CASTRO LARA JOHN RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 17.800.000			NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	\$ 18.300.000	\$ 2.928.000	\$ 91.500	\$ 91.500	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 3.111.000	EPS001-ALIANSA LUD S.A	30	\$ 18.300.000	\$ 2.287.500	\$ 0	\$ 2.287.500	14-11 - ARL SURA	30	\$ 18.300.000	79053213	\$ 445.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 5.844.300
----------------------	---------------------

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
7a24f048b436428bba04d1fffb9574acfa47866373c5ccc3c0186141661c78e72c4123b373896d62d0f1e3332960e230

Número de Factura: 1180

Fecha de Emisión: 17/05/2026

Fecha de Vencimiento: 17/05/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario

Orden de pedido: 155

Fecha de orden de pedido: 17/05/2026

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CASTRO LARA JOHN RAFAEL

Nombre Comercial: CASTRO LARA JOHN RAFAEL

Nit del Emisor: 79053213

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Cundinamarca

Municipio / Ciudad: Cota

Dirección: VTE COTA-CHIA KM 1 5 CONJ PALO DE AGUA CA IGUAQUE 37

Teléfono / Móvil: 3108739697

Correo: johncas2006@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900971006

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-23

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 66 15 41

Teléfono / Móvil: 6016583030

Correo: contrataciondirhospitabrios@subrednorte.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	003	Honorarios por prestación de servicios médicos especializados en Medicina Interna Unidad de servicios de salud Simón Bolívar Periodo 01 de Mayo a 31 de Mayo de 2026 según contrato 2008 2026	LH	216,00	\$ 93.618,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 20.221.488,00

Notas Finales

A PARTIR DEL MES DE FEBRERO DE 2023 ME ENCUENTRO REGISTRADO EN REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Linea de negocio: EFECTUAR PAGO EN DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No 004870191899

Datos Totales



Documento generado el:
17/05/2026 22:42:14
Documento validado por la
DIAN:
17/05/2026 22:42:15
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	20221488
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20221488
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	20221488
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 20221488

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	20.221.488,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20.221.488,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	20.221.488,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 20.221.488,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764101798260 Rango desde: 1162 Rango hasta: 1500 Vigencia: 2026-05-20