

|                                                                                  |                                                                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>          | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 |
|                                                                                  |                                                                                   | VERSIÓN: 8            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                                                   | FECHA: 28/07/2020     |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b> |
|------------------------------------|

|                                                                    |                                                       |                                                                                  |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS</b>       |                                                       |                                                                                  |                                                                                  |
| <b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>                                          | <b>C.C X C.E</b>                                      | <b>NO.</b>                                                                       | <b>1073720589</b>                                                                |
| <b>CELULAR:</b><br>3197815752                                      | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b><br>jheii25bnitez@gmail.com | <b>SEDE:</b><br><b>UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS</b> | <b>CENTRO DE COSTOS:</b><br><b>LVS33-2 - PIC COORDINACION LORENCITA VILLEGAS</b> |
| <b>PROCESO:</b><br><b>DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD</b> |                                                       | <b>SERVICIO:</b><br><b>ASISTENCIAL</b>                                           |                                                                                  |
| <b>ENTIDAD FINANCIERA:</b><br><b>BANCO DAVIVIENDA</b>              | <b>TIPO DE CUENTA:</b><br><b>AHORROS</b>              | <b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b><br><b>488443682916</b>                         |                                                                                  |
| <b>PENSIONADO:</b>                                                 | <b>SI No X</b>                                        |                                                                                  |                                                                                  |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                           |                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b><br><b>8442-2025</b> | <b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b><br><b>0.83</b> |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

|              |             |              |                   |              |              |              |                   |
|--------------|-------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|
| <b>CDP 1</b> | <b>1214</b> | <b>FECHA</b> | <b>29/08/2025</b> | <b>CRP 1</b> | <b>48756</b> | <b>FECHA</b> | <b>08/10/2025</b> |
| <b>CDP 2</b> | <b>1470</b> | <b>FECHA</b> | <b>22/10/2025</b> | <b>CRP 2</b> | <b>51090</b> | <b>FECHA</b> | <b>30/10/2025</b> |
| <b>CDP 3</b> | <b>1694</b> | <b>FECHA</b> | <b>25/11/2025</b> | <b>CRP 3</b> | <b>56144</b> | <b>FECHA</b> | <b>30/11/2025</b> |
| <b>CDP 4</b> | <b>1808</b> | <b>FECHA</b> | <b>19/12/2025</b> | <b>CRP 4</b> | <b>63066</b> | <b>FECHA</b> | <b>19/12/2025</b> |
| <b>CDP 5</b> | <b>48</b>   | <b>FECHA</b> | <b>08/01/2026</b> | <b>CRP 5</b> | <b>1625</b>  | <b>FECHA</b> | <b>19/01/2026</b> |
| <b>CDP 6</b> | <b>297</b>  | <b>FECHA</b> | <b>20/02/2026</b> | <b>CRP 6</b> | <b>14506</b> | <b>FECHA</b> | <b>28/02/2026</b> |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo con las necesidades de la institución.

|                             |              |            |             |              |            |             |
|-----------------------------|--------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| <b>PERIODO CERTIFICADO:</b> | <b>DESDE</b> |            |             | <b>HASTA</b> |            |             |
|                             | <b>DÍA</b>   | <b>MES</b> | <b>AÑO</b>  | <b>DÍA</b>   | <b>MES</b> | <b>AÑO</b>  |
|                             | <b>01</b>    | <b>05</b>  | <b>2026</b> | <b>31</b>    | <b>05</b>  | <b>2026</b> |

|                                                           |                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b><br><b>\$ 2.980.800</b> | <b>TIPO DE SERVICIOS:</b><br><b>ASISTENCIAL</b> | <b>VALOR HORA / DÍA:</b><br><b>\$ 16.200</b> |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

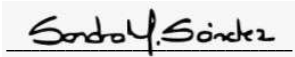
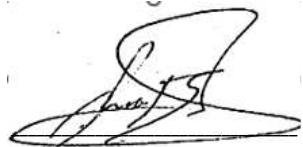
|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b> |
|------------------------------------------|

|                                                        |                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>CONCEPTO</b>                                        | <b>VALORES</b>       |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>         | <b>\$ 26.875.800</b> |
| <b>VALOR EJECUTADO</b>                                 | <b>\$ 19.942.200</b> |
| <b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>                    | <b>\$ 3.952.800</b>  |
| <b>TOTAL HORAS CONTRATADAS</b>                         | <b>184</b>           |
| <b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES</b>              | <b>244</b>           |
| <b>SALDO POR EJECUTAR</b>                              | <b>\$ 6.933.600</b>  |
| <b>VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)</b> | <b>\$ 0</b>          |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>                         | <b>74.2 %</b>        |

**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.

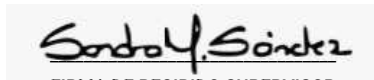
|                                      |                               |                               |                  |                   |                      |                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------|
| <b>IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido</b> | <b>APORTE SALUD 12.5% IBC</b> | <b>APORTE PENSIÓN 16% IBC</b> | <b>NIVEL ARL</b> | <b>APORTE ARL</b> | <b>TOTAL APORTES</b> | <b>Número de Planilla Mes Vencido</b> |
| \$ 1.750.905                         | \$ 218.900                    | \$ 280.200                    | III              | \$ 42.700         | \$ 541.800           | 1081180631                            |

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b><br>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br>CC: 52497033 | <br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b><br>JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS<br>CC: 1073720589 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | VERSIÓN: 4         |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | PÁGINA: 1 DE 1     |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | FECHA: 07/11/2024  |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  | UNIDAD: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 8442-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  | PERIODO CERTIFICADO                                               | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MIREYA SÁNCHEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |  |                                                                   | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 05  | 2026               | 31  | 05  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 1073720589                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo con las necesidades de la institución.                                                                                                                      |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 74.2 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                                                   | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| 1. Realizar acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización que incluya la modalidad Intramural y extramural, con el fin de lograr acciones que permitan mejorar las coberturas de vacunación.                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |                                                                   | 1. Plan de accion proyectado MAYO 2026, actualización en drive.                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| 2. Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural (subred), en el componente sistema de información.                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                                   | 2. Se hace acompañamiento en las asistencias tecnicas según necesidad                                                                                                                                                                                                                    |     |                    |     |     |      |
| 3. Realizar consolidación de los informes mensuales de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                                                   | 3. Revisión, consolidacion y envío de informes ips publicas - privadas, tablero de control, sis 151, sis 151 extranjeros, movimiento de biologicos, anexo 7                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| 4. Verificar y aprobar los controles de cambio reportados por el aplicativo PAIWEB 2.0 del MSPS, y los contáctenos del aplicativo PAI 2.0 de SDS.                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                                                   | 4. Aprobar o rechazar los controles de cambio de las ips que realizan vacunación covid 19, respuesta a cada solicitud recibida de contáctenos de las ips publicas y privadas con esquema regular, priorizando extrategia extramural                                                      |     |                    |     |     |      |
| 5. Realizar actividades administrativas de apoyo a la gestión y de seguimiento a calidad del dato en las IPS vacunadoras, incluido el equipo extramural.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                                                   | 5. 29/05/2026. reunión de equipo. 19/05/2026 comité pai local. 29/05/2026 entrega de productos contractuales                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| 6. Realizar y enviar reporte de dosis aplicadas de las IPS que aplican vacuna COVID-19 de acuerdo con las directrices establecidas por el MSPS.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                                   | 6. Revisión, consolidación y envío de reporte dosis aplicadas covid 19 pfizer, según directrices establecidas por el msp.                                                                                                                                                                |     |                    |     |     |      |
| 7. Depurar las bases de datos de cohortes de menores pendientes por vacunar, y verificar la calidad del dato.                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |                                                                   | 7. Esta actividad se realizará según las necesidades de la subred norte y/o secretaria distrital de salud                                                                                                                                                                                |     |                    |     |     |      |
| 8. Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred.                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                                                   | 8. Actividades se realizarán según las necesidades de espacios y/o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato pspic vigente y necesidades de los servicios de la subred.                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| 9. Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP-PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de los servicios de la Subred."                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                                                   | 9. Dar cumplimiento al contrato 8442-2025, cargar la certificación de cumplimiento de contrato u orden de prestación de servicios, informe de ejecución de contrato de prestación de servicios                                                                                           |     |                    |     |     |      |
| 10. Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas. de acuerdo a las tablas de retención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad. |                                                                            |  |  |                                                                   | 10. 29/05/2026 realizar los procesos de gestión documental, de acuerdo a las políticas de la subred norte                                                                                                                                                                                |     |                    |     |     |      |
| 11. El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.                                                                  |                                                                            |  |  |                                                                   | 11. Responder a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la subred norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios, cuando se requiera |     |                    |     |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| 244 HORAS CERTIFICADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |

TOTAL A PAGAR:  
\$ 3.952.800 – TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS<br/>CC: 1073720589</p> | <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br/>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br/>CC: 52497033</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

PAGADO 08/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                               |                    |                                 |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Razón Social        | JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS |                    |                                 |
| Documento           | CC1073720589                  | Dirección          | CR 9 ESTE #36 - 75 T 2 APTO 403 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 3197815752                      |
| Tipo Persona        | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO                           |
| Ciudad              | SOACHA                        | Departamento       | CUNDINAMARCA                    |
| Representante Legal |                               | Identificación     |                                 |
| Total Afiliados     | 1                             | ARP                | ARL SURA                        |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                               |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |                |                   | Riesgos        |                |                         | Cajas        |            |             | Parafiscales   |                |                      |             | Total       |             |      |                   |       |            |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres           | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | VSP | COR | SIN | IGE | LMC | VAC | AVP | VCT | IRP | Días ARP  | Días EPS | Días AFP | 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 1073720589      | JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2.436       | \$ 1.750.905   | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 541.800 |

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 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 0                    | \$ 541.800  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!