

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

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>16702220</b>
<b>CELULAR:</b> 3002100969	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> eduardojrrp@yahoo.es	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> HSBD01 - PARTOS Y CESAREAS USS SIMÓN BOLÍVAR
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 4500120748	
<b>PENSIONADO:</b>	<b>SI No X</b>		

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 2104-2026				<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4			
<b>CDP 1</b>	164	<b>FECHA</b>	22/01/2026	<b>CRP 1</b>	10971	<b>FECHA</b>	01/02/2026
<b>CDP 2</b>	703	<b>FECHA</b>	20/05/2026	<b>CRP 2</b>	21287	<b>FECHA</b>	22/05/2026
<b>CDP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—

**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.

<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>
	01	05	2026	31	05	2026
<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 12.817.035	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL			<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 94.941		

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)  
En el informe de actividades en el producto no puede ir "actividades realizadas al 100%" debe cuantificar el producto entregado segun cada actividad realizada

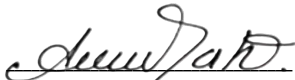
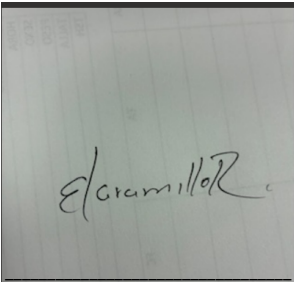
### CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>	<b>\$ 59.528.007</b>
<b>VALOR EJECUTADO</b>	<b>\$ 34.178.760</b>
<b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>	<b>\$ 12.532.212</b>
<b>TOTAL HORAS CONTRATADAS</b>	<b>135</b>
<b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES</b>	<b>132</b>
<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$ 25.349.247</b>
<b>VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)</b>	<b>\$ 0</b>
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>57.4 %</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.

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
\$ 5.012.885	\$ 875.000	\$ 1.120.000	III	\$ 170.600	\$ 2.165.600	79604310

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

 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ CC: 16702220
---	---

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-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: 2104-2026	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	DOCUMENTO: 16702220													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ														
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 (%): 57.4 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1 Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	se dio cumplimiento a las actividades del servicio como consulta cirugía de acuerdo a los estandares del servicio
2 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	se cumple con los procesos prioritarios de acuerdo a la normatividad
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	se realizo recibo y entrega de turno durante los dias asignados al servicio de urgencias en 10 oportunidades
4 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 y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, 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	se cumplio con las actividades asignadas de acuerdo al servicio asignado, por ejemplo en el servicio de urgencias se realizan consultas de urgencias cirugias de urgencias evaluacion de los pacientes de urgencia, cirugía programada se realizan las cirugias programadas para tal fecha y en el servicio de consulta externa se realizan las consultas asignadas
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	se realizo seguimiento a las pacientes que se llevaron a cirugía en la institucion y que estaban hospitalizadas en el servicio
6 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	se realizo durante las actividades propias de cada servicio la informacion a los familiares y acudientes de los pacientes con aclaracion de dudas de parte de los familiares y del propio paciente
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	se realizaron los procesos de la institucion de acuerdo a las guias y procedimientos propios de la institucion
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	de acuerdo a los procesos y guias de la institucion aquellos eventos que necesitaron notificacion se realizo por medio de fichas
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	durante las actividades que se realizan en la institucion se hace registro diario en los sistemas de informacion de acuerdo a los protocolos de la institucion
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	todas las actividades que se citaron en la red norte se cumplio con su asitencia ya sea virtual o presencial
11 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, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	mediante los procesos de auditoria se esta abierto a la evaluacion del cumplimiento de las guias de la institucion
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	en todo momento se esta atento al cuidado de los equipos de la institucion
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	en el momento que se es requerido por el jefe del servicio se cumple con la actividad programada

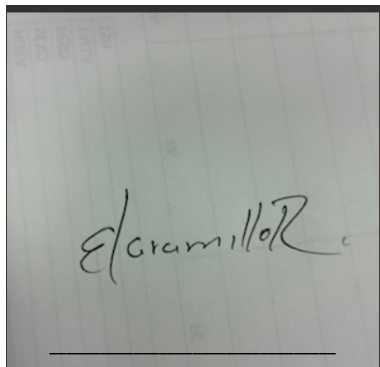
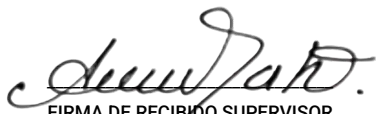
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad	en todo momento se ha aplicado las guias y las herramientas que el hospital necesita para ser acreditado
15 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	en todo momento se cumple con las competencias requeridas para un adecuado desarrollo de la cultura organizacional y el objeto contractual
16 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	en todo momento se esta disponible para el desarrollo armonico de las actividades con otros servicio
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	durante el ejercicio de la actividad medica en el servicio se hace una autorregulacion para lograr el mejor objetivo de bienestar tanto de paciente como institución
18 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	se aplico los principios y valores instituciones en la practica diaria en cuanto al trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para los usuarios

OBSERVACIONES:

132 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 12.532.212 – DOCE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ CC: 16702220</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b> ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</p>
--	---

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	16702220	EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ		calle 169b nro 7560 apto 301 torre 6	6016964927	eduardojrrp@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79604310	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.165.600	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.000	0	0	0	0	0	0		1.120.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	875.000	875.000
Pensión	1	1.120.000	1.120.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.165.600</b>	<b>2.165.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	16702220	EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ		calle 169b nro 7560 apto 301 torre 6	6016964927	eduardojrrp@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79604310	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.165.600	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TDP	SP	SP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 16702220	JARAMILLO RAMIREZ EDUARDO	59	0				N																25-14	7.000.000	30	1.120.000	0	0	0	0	EPS005	7.000.000	30	875.000	14-23	7.000.000	30	3	170.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

f8ad40802367f93240358ddeb4a549d2a23186ddd66dc3ac96e19786a305ea268b3fe61df08f5b346b3a49d120c1be29

Número de Factura: 337

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 20/05/2026

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 20/05/2026

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: JARAMILLO RAMIREZ EDUARDO

Nombre Comercial: JARAMILLO RAMIREZ EDUARDO

Nit del Emisor: 16702220

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 95 71 45 TO 2 AP 1301

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 6473148

Correo: eduardojrrp@yahoo.es

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: subred integrada de servicios de salud norte e.s.e

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 9009710064

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: calle 66 1541

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Teléfono / Móvil: 4431790

Correo: facturaelectronica@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	04	honorarios	LH	132,00	\$ 94.941,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.532.212,00

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 20/05/2026 07:45:12  
**Documento validado por la DIAN:**  
 20/05/2026 07:45:13  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	12532212
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	12532212
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	12532212
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=) COP \$</b>	<b>\$ 12532212</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

<b>Subtotal</b>	12.532.212,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	12.532.212,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	12.532.212,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=) COP \$</b>	<b>\$ 12.532.212,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764081464221 Rango desde: 301 Rango hasta: 400 Vigencia: 2026-10-13