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: **CALDERON CARDENAS JUAN SEBASTIAN**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1032395066**
CELULAR: **3163752510**	CORREO ELECTRÓNICO: **juanscalderonc@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBI05 - HOSP PEDIATRÍA USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO BOGOTA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **047750047**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2276-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10756	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21629	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	–	**FECHA**	–	**CRP 3**	–	**FECHA**	–
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: **$ 25.500.042**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 137.097**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 123.524.397**
VALOR EJECUTADO	$ 75.403.350
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 22.621.005**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	165
SALDO POR EJECUTAR	$ 48.121.047
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**61.0 %**

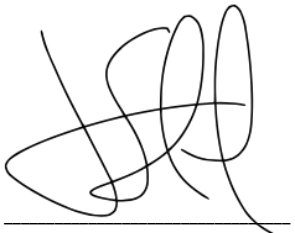
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que 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
$ 4.200.000	$ 1.312.500	$ 1.785.000	III	$ 255.800	**$ 3.353.300**	1082012932

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
CALDERON CARDENAS JUAN SEBASTIAN
CC: 1032395066

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 SIMÓN BOLÍVAR**						
No. DE CONTRATO: **2276-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CALDERON CARDENAS JUAN SEBASTIAN**	DOCUMENTO: **1032395066**						
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 (%): **61.0 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Se cumplieron los estandares de produccion del servicio infectologia pediatrica
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 cumplio con los procesos prioritarios asignados para el servicio, acorde con la normatividad establecida
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	Se recibio y entrego turno diariamente
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 según las necesidades de la institucion, ronda, interconsultas, consultas, de manera oportuna y cumpliendo los estandares establecidos para infectologia pediatrica
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	Se realizo seguimiento a los pacientes intervenidos quirurgicamente y que requirieron valoracion por infectologia pediatrica
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 brindo informacion constante a los familiares y/ o acompañantes de los pacientes valorados por infectologia pediatrica
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	Se aplicaron las politicas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Se notifico en los casos que fue necesario los eventos de notificacion obligatoria
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Se registro permanentemente la informacion a mi cargo en los sistemas de informacion con celeridad y oportunidad
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Se cumplio con capacitaciones virtuales o presenciales a las que fui convocado
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	Presente las evaluaciones 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
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Se cumplio con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	Se asistió a los comités intra y extrainstitucionalesa los que fui citado

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	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
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	Se cumplio con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, favoreciendo el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución
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	Apoye permanentemente la ejecución coordinada de actividades en el servicio de infectología pediátrica
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Cumpli con los criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades de infectologia pediatrica
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 aplicaron 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:

165 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 22.621.005 — VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUNO MIL CINCO PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CALDERON CARDENAS JUAN SEBASTIAN
CC: 1032395066

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-23, 12:09:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082012932

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026

PAGADO 13/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN SEBASTIAN CALDERON CARDENAS		
Documento	CC1032395066	**Dirección**	CR 22 #120 - 69 APTO 406 - ED TESSELLO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3163752510
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	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 1032395066	JUAN SEBASTIAN CALDERON CARDENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 10.500.000	$ 1.785.000	(EPS010) EPS SURA	$ 10.500.000	$ 1.312.500	2,436	$ 10.500.000	$ 255.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.353.300

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
$ 10.500.000	$ 10.500.000	$ 10.500.000	$ 0	$ 1.785.000	$ 1.312.500	$ 255.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.353.300	$ 0	$ 3.353.300

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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



Juan Sebastián Calderón Cárdenas
R-99-PN - No aplica – Otros
Av Cll 127 #20-16 Consultorio 309 Edificio PLUSS 127, Bogotá, D.C.
3163752510 -
Cédula ciudadanía - 1032395066
Dr. Sebastián Calderón - Biotest
Av Cll 127 #20-16 Consultorio 309 Edificio PLUSS 127, 3156070412, Bogotá, D.C.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

L493

FECHA FACTURA
23/05/2026
FECHA VENCIMIENTO
23/06/2026

FACTURADO CON CARGO A	DOCUMENTO PAGADOR	FOLIOS	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE Dirección: CL 66 #15-41 Ciudad: Bogotá, D.C. Teléfono: 6014431790	NIT - 900971006	Folio	
	METODO DE PAGO / FORMA DE PAGO	Responsabilidades Fiscales	Responsabilidades Tributarias
	TRANSFERENCIA DÉBITO INTERBANCARIO / CONTADO		NO_APLICA

Facturación por Electrónica generada por Juan Sebastián Calderón Cárdenas. Autorización de facturación No. 18764077171555 de 14/08/2024. Vigencia hasta 14/08/2026 - 24 meses. Rango autorizado: L401 a L500

Cargos Facturados

CÓDIGO	PACIENTE - DOCUMENTO - N. AUTORIZACIÓN	CDO. - CONCEPTO FACTURACIÖN	VAL.	CANT	DESCUENTOS	ANTICIPOS	TOTAL
INF-001	Paciente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE Documento: NIT 900971006 Teléfono: 6014431790 Ciudad: Bogotá, D.C. Fecha: 23/05/2026 Autorización: 137097	COD: INF-001 Atención médica especializada en Infectología Pediátrica en el servicio de Hospitalización Contrato 2276 - 2026	137.097,00	165	0,00	0,00	22.621.005,00

Discriminación de Impuestos

BASE	TARIFA	IMPUESTO
$22,621,005.00	0.0%	$0.00

VALOR A PAGAR EN LETRAS

VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL CINCO

FIRMA Y SELLO	
ACEPTADO CLIENTE	

SUBTOTAL	$22,621,005.00
TOTAL DESCUENTOS	$0.00
TOTAL ANTICIPOS	$0.00
TOTAL IVA	$0.00
RET. ICA	$0.00
RET. FUENTE	$0.00
RET. IVA	$0.00
VALOR A PAGAR	**$22,621,005.00**

Fecha de impresión 23/05/2026 por biotest.service@gmail.com Generada por: biotest.

FACTURA IMPRESA POR SALUDTOOLS WWW.SALUDTOOLS.COM