

	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: JUAN PABLO GUTIERREZ BARRRAGAN			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	80231755
CELULAR: 3003678226	CORREO ELECTRÓNICO: jpgutierrezb@unal.edu.co	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ADMINISTRATIVO - HORAS	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 8770134529	
PENSIONADO:	SI No X		

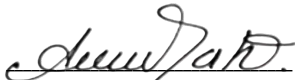
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1876-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10361	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21240	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	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: \$ 7.607.958		TIPO DE SERVICIOS: ADMINISTRATIVO - HORAS			VALOR HORA / DÍA: \$ 40.903	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 38.039.790
VALOR EJECUTADO	\$ 22.823.874
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 7.607.958
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	\$ 15.215.916
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60.0 %

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
\$ 3.043.183	\$ 381.300	\$ 488.000	III	\$ 74.300	\$ 943.600	78833687

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 JUAN PABLO GUTIERREZ BARRRAGAN CC: 80231755
---	---	--

	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: 1876-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUAN PABLO GUTIERREZ BARRRAGAN				DOCUMENTO: 80231755						
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 (%): 60.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.					ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO ACTIVIDADES DE AUTITORIA POR REGIONAL 1 Y POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD APOYO EN DESARROLLO Y EJECUCION EN PLANES DE MEJORA					
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.					CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACION, ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS DONANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE CREACION Y MANTENIMIENTO DEL MURAL DE ANGELES DONANTES. 6 HOMENAJES					
3, Gestión, identificación, información y evaluación potencial donante					BUSQUEDA ACTIVA Y PASIVA DE POTENCIALES DONANTES, REGISTRO EN HISTORIA CLINICA COMO EVIDENCIA Y REGISTRO EN EL SISTEMA DE INORMACION RED DATA INS					
4, Articular la comunicación con familia y entrevista para gestión obtención órganos y tejidos					CION Y EL PROCESO DEL MISMO ENTREVISTA FAMILIAR REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMI					
5, Tramitar protocolo perfil infecciosas y HLA del donante y verificación resultados					ENVIO DE MUESTRAS ANALISIS DE RESULTADOS PARA OFERTA DE COMPONENTES A GRUPOS DE TURNO					
6, Gestionar mantenimiento del donante 5 Gestionar contacto con el Centro Regulador de Trasplantes (CRT) del INS y cirujanos de trasplantes de la IPS trasplantadora					GESTION Y MANTENIMIENTO DE POTENCIAL DONANTE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA SOLICITUD INTERPRETACION DE PARACLINICOS SOLICITADOS.					
7, Coordinación equipos de rescate					OFERTA A REGIONAL 1 Y PAIS DE ACUERDO A TRAZABILIDAD DE CORREOS					
8, Emitir formatos rescate componentes anatómicos, embalaje y rotulado de los mismos					PROCESO DE DONACION DE EFECTIVA DE ORGANOS Y TEJIDOS					
9, Gestionar de componentes a personal de traslado					UBICACIÓN Y ACOMODACION DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN RESCATE DE COMPONENTES ANATOMICOS.					
10, Realizar registro del donante en RedDataINS®, en tiempo real					REGISTRO VERIFICABLE EN EL SISTEMA RED DATA					
11, Articular la entrega del cadáver a la institución generadora e información a la familia					ARTICULACION CON EL SERVICIO DE HUMANIZACION INSTITUCIONAL					
12, Mantener comunicación ante la Red de D y T y la Institución de la cual depende					LLAMADO Y SEGUIMIENTO TRAZA DE CORREO Y WHATASPP					
13, Cumplir como profesional de referencia en cualquier actuación con relación a la donación y trasplante de componentes anatómicos					DISPONIBLE AL LLAMADO DE LAS DIFERENTES ALERTAS EN MOMENTO Y LUGAR QUE SE REQUIERA PARA LA SUB RED NORTE. ENGATIVA, SUBA, SIMON BOLIVAR.					
OBSERVACIONES:										
186 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 7.607.958 – SIETE MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE										
Fecha: 31/05/2026					Fecha: 31/05/2026					



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JUAN PABLO GUTIERREZ BARRRAGAN
CC: 80231755



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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80231755	JUAN PABLO GUTIERREZ BARRAGAN	CALLE 1B NO 5A 94 APTO 102	0619417597	JPGUTIERREZB@UNAL.EDU.CO	
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
		78833687	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$943.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	381.300	0		0		0	0	0	0	381.300	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	488.000	0	0	0	0	0	0		488.000	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	74.300				74.300	0	0	74.300			743	74.300	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	381.300	381.300
Pensión	1	488.000	488.000
Riesgos Laborales	1	74.300	74.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	943.600	943.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80231755	JUAN PABLO GUTIERREZ BARRAGAN		CALLE 1B NO 5A 94 APTO 102	0619417597	JPGUTIERREZB@UNAL.EDU.CO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78833687	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$943.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Calam. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAL	TAP	UP	UP	SEN	ICE	LIA	VAC	AVP	VOT	INTL	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 80231755	GUTIERREZ BARRAGAN JUAN PABLO	59	0			N																25-14	3.050.000	30	488.000	0	0	0	0	EPS017	3.050.000	30	381.300	14-23	3.050.000	30	3	74.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0