

	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: RAMIREZ VASQUEZ FRANCO ALEXANDER			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1012323108
CELULAR: 3142070885	CORREO ELECTRÓNICO: ramirezvasquesfrancoalexander@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: CESJ02 - U. ESP UCI ADULTOS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 4800537575	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1130-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4						
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	11849	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18723	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: \$ 2.566.056	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796		

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

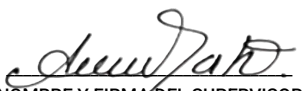
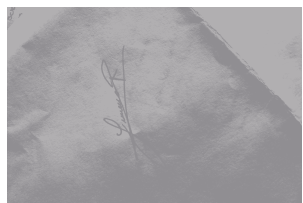
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 12.333.624
VALOR EJECUTADO	\$ 4.635.456
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.648.832
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	\$ 7.698.168
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	37.6 %

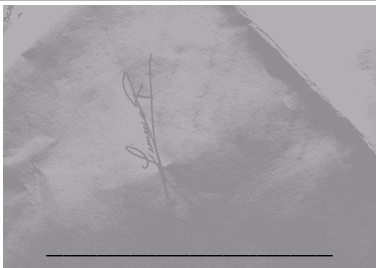
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que 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
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	9503271925

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 RAMIREZ VASQUEZ FRANCO ALEXANDER CC: 1012323108
--	---

	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 ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 1130-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAMIREZ VASQUEZ FRANCO ALEXANDER				DOCUMENTO: 1012323108						
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 (%): 37.6 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Mediante la organización eficiente de mis actividades de enfermería, priorizando la atención según la urgencia de cada paciente,					
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.					Para ello, organizo y ejecuto las intervenciones de enfermería conforme a los protocolos institucionales, garantizando la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la eficiencia en los tiempos de respuesta					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					Realizo la higienización y el lavado mantengo la limpieza y desinfección de superficies y equipos, aplico correctamente las normas de aislamiento según el tipo de patología, y sigo de manera estricta los protocolos institucionales relacionados con bioseguridad					
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio					4. Me aseguro de seguir los protocolos institucionales y las guías de práctica clínica, garantizando que cada intervención se realice con calidad, seguridad y respeto por la normatividad vigente					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					asisto a las capacitaciones y actividades según la programación institucional, cumpliendo con los lineamientos establecidos y aportando al fortalecimiento del servicio.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					6. organizando mi labor de manera planificada y ajustada a los tiempos establecidos por la institución					
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.					7. Mantengo la confidencialidad de la información que se maneja en el desarrollo de las actividades de enfermería, asegurando que los datos clínicos y personales de los pacientes sean tratados con respeto, discreción y conforme a la normatividad vigente					
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.					8. cumpliendo con los lineamientos y procedimientos establecidos. Contribuyo al mejoramiento continuo del servicio mediante la ejecución responsable					
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					9. Registro de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, cumpliendo con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999. Garantizo que la información consignada refleje la atención brindada, respetando la normatividad vigente y asegurando la continuidad del cuidado					
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso					10. Brindo información al usuario y a su familia con un trato respetuoso, asegurando que la comunicación sea clara, empática y acorde con sus necesidades					
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					participo activamente					
12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc)					. Me aseguro de consignar la información de forma clara, completa y veraz, respetando los tiempos definidos y garantizando la trazabilidad de los procesos					
OBSERVACIONES:										
192 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 2.648.832 – DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE										
Fecha: 31/05/2026					Fecha: 31/05/2026					



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
RAMIREZ VASQUEZ FRANCO ALEXANDER
CC: 1012323108


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 GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1012323108		RAMIREZ VASQUEZ FRANCO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 45 bis b sur n 13k-52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142070885	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	299378458		9503271925	I	2026/05/06	2026/05/11	NEQUI	\$543,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1012323108	RAMIREZ FRANCO	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPSC34	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0		\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012323108		RAMIREZ VASQUEZ FRANCO ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 45 bis b sur n 13k-52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142070885	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	299378458		9503271925	I	2026/05/06	2026/05/11	NEQUI	\$543,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,100	\$0	\$281,300	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,100	\$0	\$281,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$800	\$0	\$219,700	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$218,900	\$800	\$0	\$219,700	
TOTAL				1	\$541,800	\$2,100	\$0	\$543,900	