

	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: PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	91445061
CELULAR: 3006260700	CORREO ELECTRÓNICO: correomanuelpinto@gmail.com	SEDE: HOSPITAL EMAUS	CENTRO DE COSTOS: EMAI06 - HOSP MEDICINA INTERNA USS EMAUS
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488420839794	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1660-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10073	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19582	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: \$ 4.022.994	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 21.629		

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

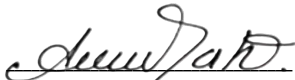
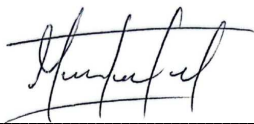
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 19.985.196
VALOR EJECUTADO	\$ 11.809.434
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 4.152.768
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	\$ 8.175.762
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	59.1 %

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	9503803837

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 PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO CC: 91445061
---	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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 EMAUS													
No. DE CONTRATO: 1660-2026	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: 91445061													
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 (%): 59.1 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución (asignación de cama), identificando y cumpliendo indicadores del servicio asignado (giro cama, porcentaje ocupacional, estancia hospitalaria, etc.).	Monitoreo de indicadores (giro cama, ocupación, estancia), gestión de camas y egresos
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	Supervisión de protocolos, rutas de atención y normatividad vigente
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	Revisión de órdenes, solicitud a farmacia, supervisión de administración y devoluciones
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Identificación y gestión de insumos, equipos y talento humano
5 Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Aplicación de protocolos, elaboración de informes y diligenciamiento de formatos
6 Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Participación en capacitaciones institucionales
7 Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato	Ejecución y seguimiento de actividades programadas
8 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, con registro en historia clínica	Educación sobre estado de salud, tratamiento y cuidados
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	Implementación y supervisión de guías y manuales
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	Supervisión de uso de EPP y normas de bioseguridad
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Reporte de eventos adversos e infecciones
12 Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan	Coordinación de traslados y remisiones
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Participación en capacitaciones institucionales
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.	Entrega de turno con plan de cuidado y seguimiento
15 Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	Diligenciamiento completo y oportuno
16 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir	Presentación de evaluaciones de conocimiento

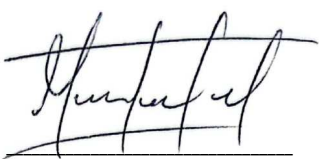

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	
17 Realizar seguimiento a la apropiación y adherencia a procesos institucionales del personal a cargo, de existir alguna novedad establecer plan de trabajo para fortalecer competencias en conjunto con el Profesional especializado y/o Referente del servicio	Supervisión, identificación de fallas y planes de mejora

OBSERVACIONES:

192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 4.152.768 – CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO CC: 91445061</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</p>
---	--

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	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91445061		PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 110 B no 65 B 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3006260700	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	68204059	9503803837	I	2026/05/15	2026/05/21	BANCO DE OCCIDENTE	6	\$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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	91445061	PINTO MANUEL	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$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 91445061		PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 110 B no 65 B 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3006260700	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	68204059	9503803837	I	2026/05/15	2026/05/21	BANCO DE OCCIDENTE	6	\$544,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$2,500	\$0	\$544,300	