

	<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: JHON FREDY MOLINA</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>79996052</b>
<b>CELULAR:</b> 3012096970	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> jfremo480@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> ENGA11 - C. EXT MEDICINA INTERNA USS ENGATIVÁ
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO BOGOTA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 205401	
<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> 3049-2026				<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	9929	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19432	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.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 4.022.994	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL			<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 21.629		

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)  
Se corrige el informe de actividades porque las obligaciones con las actividades no pueden ser COPIE Y PEGUE (el producto esta completo y extenso, ese lo puede utilizar una parte como actividad). Corregir y enviar. • Se corrige el informe de actividades porque las obligaciones con las actividades no pueden ser COPIE Y PEGUE, igual debe existir una respuesta real de la obligación, actividad y producto entregado no copie y pegue. Corregir y enviar.

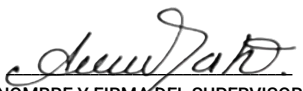
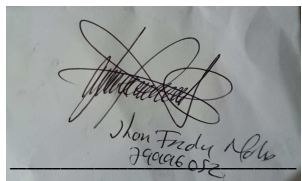
**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 19.076.778
VALOR EJECUTADO	\$ 11.420.112
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.633.672
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	168
SALDO POR EJECUTAR	\$ 7.656.666
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>59.9 %</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
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	9503757275

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> JHON FREDY MOLINA CC: 79996052
---	---

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		PÁGINA: 1 DE 1
No. DE CONTRATO: 3049-2026		FECHA: 07/11/2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	PERIODO CERTIFICADO	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON FREDY MOLINA	DOCUMENTO: 79996052	
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 (%): 59.9 %		

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.).	Se realiza la actualización por turno de la estancia hospitalaria en el servicio de medicina interna. Asimismo, se modifica la información según las diferentes especialidades, de acuerdo con lo registrado en la historia clínica por parte del área médica.
2 Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado	Se realiza recibo y entrega de turno en los horarios establecidos, de acuerdo con el protocolo institucional. Asimismo, se efectúa la revisión de historias clínicas y del plan de cuidados de enfermería,
3 Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos	Se realizó revisión de historias clínicas durante el transcurso del mes, identificando modificaciones en la conducta médica y gestión de medicamentos e insumos, según correspondiera.
4 Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva	Se realiza oportunamente la notificación al área respectiva de las necesidades que se presenten en el servicio que puedan afectar la atención en los pacientes
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	Se realiza oportunamente la notificación al área respectiva de las necesidades que se presenten en el servicio que puedan afectar la atención en salud a los pacientes
6 Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Se asiste a las capacitaciones programadas por la institución
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	Se da cumplimiento a las actividades contractuales
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	Se da información pertinente a los pacientes y familiares de ser requerido cuando se encuentran en el área de hospitalización medicina interna
9 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales	Se da cumplimiento a las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos institucionales establecidos.
10 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos	Se da cumplimiento a los manuales de bioseguridad y protocolos institucionales
11 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Se realiza el reporte de sucesos de seguridad, según corresponda en cada caso
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	Se da cumplimiento a los protocolos institucionales establecidos para el traslado y recibo de pacientes, teniendo en cuenta el sistema de referencia y contrarreferencia.
13 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Se asiste y participa en las capacitaciones programadas por la institución, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos
14. Realizar entrega de turno interdisciplinario identificando las necesidades del paciente definiendo plan de cuidado, seguimiento del personal del servicio.	Se realiza la entrega y recibo de turno en los horarios establecidos, garantizando la continuidad y seguridad en la atención
15 Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	Se realiza el registro oportuno de la historia clínica, tanto en formato físico como digital, garantizando la veracidad y continuidad de la información
16 Presentar las evaluaciones de adherencia y	Se asiste a las reuniones programadas y se realizan las evaluaciones

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	solicitadas, dando cumplimiento a las actividades institucionales establecidas.
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	Se verifica en el servicio el cumplimiento de los protocolos institucionales establecidos

OBSERVACIONES:

168 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 3.633.672 – TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><i>Jhon Fredy Molina</i> 79996052</p> <p><b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  <b>JHON FREDY MOLINA</b>  <b>CC: 79996052</b></p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b>  <b>ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>  <b>CC: 52770916</b></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	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79996052		MOLINA ESPITIA JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 69 48 38 CANDELARIA LA NUEVA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012096970	Si

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	301650871	9503757275	I	2026/05/14	2026/05/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

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								
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0								
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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	79996052	MOLINA JHON	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0								
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$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 79996052		MOLINA ESPITIA JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 69 48 38 CANDELARIA LA NUEVA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012096970	Si

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	301650871	9503757275	I	2026/05/14	2026/05/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	