

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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

NOMBRE DEL CONTRATISTA: WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	79219488
CELULAR: 3114856954	CORREO ELECTRÓNICO: wilsonalgarra17@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESR25 - ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: ADMINISTRATIVO	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 50928147	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 224-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4				
CDP 1	165	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12102	FECHA	01/02/2026
CDP 2	705	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19957	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: \$ 2.852.000	TIPO DE SERVICIOS: ADMINISTRATIVO	VALOR HORA / DÍA: —
--	---	-------------------------------

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

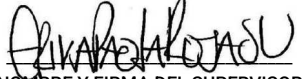
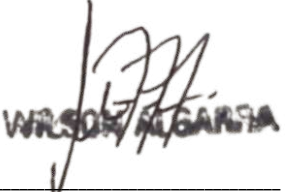
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 14.260.000
VALOR EJECUTADO	\$ 8.556.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.852.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.704.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60.0 %

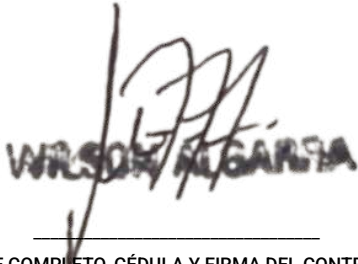
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que 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
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	6015479736

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 ERIKA PAOLA ROJAS URREGO CC: 53039804	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ CC: 79219488
---	--

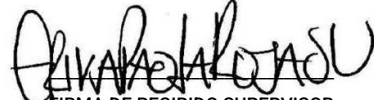
Fecha: 31/05/2026



WILSON ALGARRA

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
CC: 79219488

Fecha: 31/05/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ERIKA PAOLA ROJAS URREGO
CC: 53039804

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 79219488
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CARRERA 9 ESTE # 38 - 23 TELÉFONO: 3114856
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicio de
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **6015479736** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: abril PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/12 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 302256933

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:				1	\$ 280.200

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD	TOTAL	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:				1	\$ 218.900

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11	14-11	ARL SURA	1	\$ 42.700
SUBTOTAL:				1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800