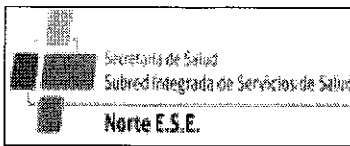


| | | |
|---|---|---|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | VERSIÓN: 5 |
| | | PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018 |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DURAN SALCEDO JAVIER | | 434369 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 80756173 |
| CORREO | JAVDUR05@HOTMAIL.COM | CELULAR | 3016627386 |
| PROCESO: | Urgencias | | |
| SERVICIO: | Urgencias | | UNIDAD: Chapinero |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo |
| | A00 | | |
| BANCO | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 9170337027 | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3095-2026 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 164 | FECHA | 22/01/2026 |
| NÚMERO DE CRP: 1 | 11546 | FECHA | 01/02/2026 |

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 03 | 2026 | | 31 | 03 | 2026 |

| | | | |
|-----------------------|-------------|----------------------------|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 4,022,994 | VALOR LETRAS | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 16,091,976 |
| VALOR EJECUTADO: | 9,560,018 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 4,152,768 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 192 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 6,531,958 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 59.41 % |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:


Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 1080352307 | 267,800 | 342,800 | 3 | 52,200 | 0 | 662,800 |
| 1080436482 | 3,500 | 4,400 | | 700 | 0 | 8,600 |

POR PROGRAMACION DE SECUENCIA REALIZA 6 HORAS ADICIONALES
 El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Javier Duran Salcedo


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DURAN SALCEDO JAVIER
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|--|-------------------|---|----------------------|------------|------------|------------|------------|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | CODIGO: AP-CT-F-50 | | | | | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL | | | | | VERSIÓN: 4 | | | | | |
| | | | | | | PÁGINA: 1 DE 1 | | | | | |
| | | | | | FECHA: 07/11/2024 | | | | | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS | | | | | UNIDAD: | | SIMÓN BOLÍVAR | | | | |
| No. DE CONTRATO: 3095-2026 | | | PERIODO CERTIFICADO | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO | | | | | | 01 | 03 | 2026 | 31 | 03 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JAVIER DURAN SALCEDO | | | DOCUMENTO: 807556173 | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD - ENFERMERO (A) HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo con las necesidades de la institución | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100% | | | | | | | | | | | |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | | | | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | | | |
| 1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. | | | | | | Si se cumplió con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución. | | | | | |
| 2. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. | | | | | | Si desarrollé 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 de los pacientes y familiares que ingresan a TRIAGE. | | | | | |
| 3. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos. | | | | | | Si se cumplió de manera completa, legible y oportuna la historia clínica y los registros institucionales dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. | | | | | |
| 4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva | | | | | | Se realizó la rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente para dar la información registrada al equipo multidisciplinario encargado del proceso diagnóstico. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800 | | | | | |
| 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 | | | | | | Si cumplí al realizar las clasificaciones de los diferentes TRIAGE 1-2-3 y 4 mitigando el riesgo clínico, determinando la clasificación más adecuada acorde con la condición clínica del paciente Total pacientes atendidos en TRIAGE 800 | | | | | |
| 6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | | | | | | Si se cumplí con las capacitaciones, retroalimentaciones de mejoras para la acreditación, sensibilización para el mejoramiento de la atención con calidad. Mantenimiento de las relaciones laborales en pro de la atención integral del servicio de TRIAGE. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800. | | | | | |
| 7. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo con los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. | | | | | | Si se cumplió con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800. | | | | | |
| 8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | | | | | | Brindar información a los usuarios y sus familias sobre los estados de salud. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800. | | | | | |
| 9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales. | | | | | | Si se cumplió con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos, que se requieran para el cumplimiento de la actividad. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800. | | | | | |
| 10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad. | | | | | | Se cumplió siguiendo todas las normas, protocolos y recomendaciones establecidas para garantizar un entorno seguro y responsable. | | | | | |
| 11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | | | | | | Se realizó TRIAGE en el servicio de urgencias con el sistema de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéutica que determina la prioridad en que un paciente será atendido. | | | | | |
| 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 realizó TRIAGE en el servicio de urgencias con el sistema de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéutica que determina la prioridad en que un paciente será atendido. | | | | | |
| 13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente | | | | | | Si se cumplí con las capacitaciones, retroalimentaciones de mejoras para la acreditación, sensibilización para el mejoramiento de la atención con calidad. Mantenimiento de las relaciones laborales en pro de la atención integral del servicio de TRIAGE. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800. | | | | | |
| 14. Presentar las evaluaciones de adherencia y 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 y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. | | | | | | Se presentaron las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la SUBREDNORTE ESE. Total, pacientes atendidos en TRIAGE 800. | | | | | |
| OBSERVACIONES: 192 HORAS | | | | | | | | | | | |
| TOTAL A PAGAR (NÚMERO Y LETRAS): 4.152.768 CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS | | | | | | | | | | | |
|  JAVIER DURAN SALCEDO CC: 807556173 | | | | | | Fecha: 31/03/2026  Firma de recibido supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO | | | | | |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | | | | | | | | |



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-12, 01:53:21 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1080436482

Nro Planilla Corregida: 1080352307

Periodo Cotización:

febrero de 2026

Periodo Servicio:

febrero de 2026

Referencia pago (PIN):

8823986447

PAGADO 12/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|
| Razón Social | JAVIER DURAN SALCEDO | | |
| Documento | CC80756173 | Dirección | CARRERA 101C N 129 - 51 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 6921396 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----------|----|----|----------|----------|----------|----------|----------------|---------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | USL | SN | UM | UMC | AMP | AP | RD | Dias FER | Dias EPS | Dias ANE | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 80756173 | JAVIER DURAN SALCEDO | 59 | 00 | | | | | | | | X | A | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | \$ 2.142.000 | \$ 342.800 | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 2.142.000 | \$ 267.800 | 2,436 | \$ 2.142.000 | \$ 52.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 662.800 |
| CC 80756173 | JAVIER DURAN SALCEDO | 59 | 00 | | | | | | | | X | C | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | \$ 2.170.000 | \$ 347.200 | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 2.170.000 | \$ 271.300 | 2,436 | \$ 2.170.000 | \$ 52.900 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 671.400 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 28.000 | \$ 28.000 | \$ 28.000 | \$ 0 | \$ 4.400 | \$ 3.500 | \$ 700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 8.600 | \$ 0 | \$ 8.600 |



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-10, 10:20:18 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1080352307

Periodo Cotización:

febrero de 2026

Periodo Servicio:

febrero de 2026

Referencia pago (PIN):

8823979062

PAGADO 10/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|
| Razón Social | JAVIER DURAN SALCEDO | | |
| Documento | CC80756173 | Dirección | CARRERA 101C N 129 - 51 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 6921396 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|----------------|---------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TAE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | USI | SIN | IGE | UMC | AMP | ACI | IRP | Dias FER | Dias EPS | Dias ANC | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 80756173 | JAVIER DURAN SALCEDO | 59 | 00 | | | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | \$ 2.142.000 | \$ 342.800 | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 2.142.000 | \$ 267.800 | 2.436 | \$ 2.142.000 | \$ 52.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 662.800 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 2.142.000 | \$ 2.142.000 | \$ 2.142.000 | \$ 0 | \$ 342.800 | \$ 267.800 | \$ 52.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 662.800 | \$ 0 | \$ 662.800 |