

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN								428364		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000692718									
CORREO	gomezsalarcia@gmail.com		CELULAR	3136679446 4734728								
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		UNIDAD:	Simon Bolivar								
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											
BANCO	28		TIPO CUENTA	SIN CUENTA								
NUMERO CUENTA BANCARIA		0										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1285-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NUMERO DE CRP: 1	10232	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	02	2026		28	02	2026
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%	0				
VALOR MES	2,566,056		VALOR LETRAS					

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta 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:	10,264,224
VALOR EJECUTADO:	3,559,368
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,559,368
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	258
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	6,704,856
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	34.68 %

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
9497320399	218,900	280,200	3	42,700	23,200	565,000
	0	0		0	0	

CERTIFICADO SIMON R

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.


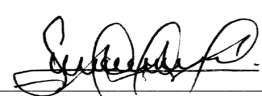

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN
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			CÓDIGO: 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: U. ESP UCI PEDIÁTRICA USS SIMÓN BOLÍVAR -			UNIDAD:	Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar			
No. DE CONTRATO: CPS-1285-2026	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		1	02	2026	28	02	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN		DOCUMENTO: 1000692718					
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION, 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%							
ACTIVIDADES CONTRATADAS				ACTIVIDADES REALIZADAS			
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.				Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.			
2. Desarrollar 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, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.				Desarrollar 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, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.			
3. Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.				Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.			
4. Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.				Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.			
5. Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).				Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).			
6. Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.				Cumplir con los proceso de atención, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.			
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.			
8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.				Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.			
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.				Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.			
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.				Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.			
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.				Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.			
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.)				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.)			
OBSERVACIONES: 258 HORAS EJECUTADAS							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$3559368) TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS							
 AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN 1000692718				Fecha: __28__ / __02__ / __2026__  Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO			
Nota: Este informe de actividades para su 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 1000692718		JOHAN SEBASTIAN AGUIRRE GOMEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 130 Bis Sur 14 70 Int 10 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4734728	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	37514734	9497320399	I	2026/02/05	2026/02/05	NEQUI	0	\$565,000

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			\$1,160,000	\$23,200			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0							
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,160,000	\$23,200			\$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			\$1,160,000	\$23,200			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0							
1	CC	1000692718	AGUIRRE JOHAN	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,160,000	\$23,200	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0							
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,160,000	\$23,200			\$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 1000692718		JOHAN SEBASTIAN AGUIRRE GOMEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 130 Bis Sur 14 70 Int 10 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4734728	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-01	2026-01	37514734	9497320399	I	2026/02/05	2026/02/05	NEQUI	0	\$565,000	

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	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$23,200	\$0	\$0	\$23,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$23,200	\$0	\$0	\$23,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$565,000	\$0	\$0	\$565,000	