

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>1000692718</b>
<b>CELULAR:</b> 3232426771	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> aguirrese24@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> HSBJ03 - U. ESP UCI PEDIÁTRICA USS SIMÓN BOLÍVAR
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 488419166738	
<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> 1285-2026	<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>164</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CDP 3	—	FECHA	—	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>10232</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>18279</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	10232	FECHA	01/02/2026	CRP 2	18279	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	10232	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	18279	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	—	FECHA	—																																														
CRP 4	—	FECHA	—																																														
CRP 5	—	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> \$ 2.566.056	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL	<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 13.796

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

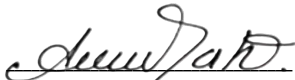
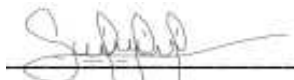
**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 15.934.380
VALOR EJECUTADO	\$ 9.643.404
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 3.724.920
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	270
SALDO POR EJECUTAR	\$ 6.290.976
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>60.5 %</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	9503333273

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

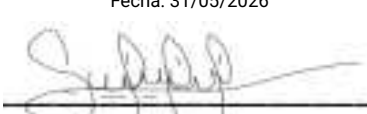
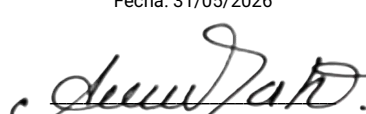
 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN CC: 1000692718
---	---

	<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												
		PÁGINA: 1 DE 1												
		FECHA: 07/11/2024												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR													
No. DE CONTRATO: 1285-2026	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: 1000692718													
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 (%): 60.5 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Se cumplió con las actividades asistenciales asignadas en los tiempos establecidos, garantizando atención oportuna y segura a los pacientes del servicio.
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	Se dio cumplimiento a los procesos prioritarios del servicio, siguiendo protocolos institucionales y normatividad vigente en la atención de los usuarios.
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Se aplicaron medidas de bioseguridad como lavado de manos, uso adecuado de elementos de protección personal, limpieza y desinfección de áreas y equipos.
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio	Se ejecutaron actividades relacionadas con el proceso de atención de enfermería y buenas prácticas en la prestación del servicio.
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Se asistió a capacitaciones institucionales y se presentaron informes requeridos según programación establecida.
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Se realizaron las actividades programadas según cronograma del servicio, dando cumplimiento a las funciones asignadas.
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Se mantuvo la confidencialidad de la información clínica y administrativa manejada durante el desarrollo de las actividades.
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Se participó activamente en el cumplimiento de la política de calidad institucional y en las actividades del sistema de gestión de calidad.
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Se realizaron registros completos, legibles y oportunos en historia clínica y formatos institucionales conforme a la normatividad vigente.
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	Se brindó información clara al usuario y su familia, manteniendo un trato humanizado, respetuoso y cordial.
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	Se dio cumplimiento a las políticas, guías, instructivos y procedimientos institucionales establecidos para el servicio.
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)	Se realizaron registros y reportes oportunos en los sistemas de información institucional relacionados con inventarios, eventos y formatos requeridos.

OBSERVACIONES:
270 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR: \$ 3.724.920 – TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
--

Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA AGUIRRE GOMEZ JOHAN SEBASTIAN CC: 1000692718	Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916
--	---

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 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
2026-04	2026-04	293745730	9503333273	I	2026/05/07	2026/05/11	NEQUI	4
								\$566,900

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			\$1,160,000	\$23,200			\$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			\$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		
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1 )</b>					\$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	
2026-04	2026-04	293745730	9503333273	I	2026/05/07	2026/05/11	NEQUI		4	\$566,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$900	\$0	\$281,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$900	\$0	\$281,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$23,200	\$100	\$0	\$23,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$23,200	\$100	\$0	\$23,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$700	\$0	\$219,600	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$700	\$0	\$219,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$565,000</b>	<b>\$1,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$566,900</b>	