

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RIVERA ARISTIZABAL KEVIN STIVENN			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1013654586
CELULAR: 3017057897	CORREO ELECTRÓNICO: stivenn201214@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBJ02 - U. ESP UCI ADULTOS USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488414750379	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1325-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10262	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	17945	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: \$ 2.566.056	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796		

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

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se modifican horas ejecutadas , según el reporte de su referente se ejecutaron 186 horas.

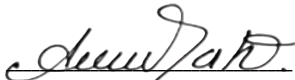

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 13.409.712
VALOR EJECUTADO	\$ 8.277.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.566.056
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.132.112
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	61.7 %

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	9504082836

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 ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA RIVERA ARISTIZABAL KEVIN STIVENN CC: 1013654586
---	--

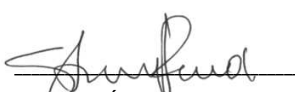
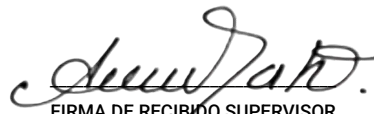
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50
		VERSIÓN: 4
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 1325-2026	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RIVERA ARISTIZABAL KEVIN STIVENN	DOCUMENTO: 1013654586						
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 (%): 61.7 %							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Ejecución de traslados internos de pacientes (interconsultas, imágenes, cirugía) priorizando según estado crítico y tiempos institucionales.
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	Verificación activa de la identificación del paciente y aseguramiento de barandas/frenos antes y durante cada movimiento.
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Higienización de manos según protocolo y desinfección de superficies de contacto de camillas y sillas de ruedas entre cada paciente.
4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio	Aplicación de técnicas de mecánica corporal para la movilización segura de pacientes, evitando lesiones en el usuario y riesgos ergonómicos.
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Asistencia a formaciones sobre manejo de gases medicinales (oxígeno), seguridad del paciente y protocolos de emergencia.
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Revisión diaria del estado mecánico de camillas, sillas de ruedas y disponibilidad de cilindros de oxígeno en el área asignada.
7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Resguardo de la privacidad del paciente durante los traslados en áreas comunes y ascensores, evitando comentarios sobre su diagnóstico.
8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Identificación y reporte inmediato de fallas en equipos (camillas sin freno, ruedas trabadas) para mantenimiento preventivo/correctivo.
9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Diligenciamiento del formato de registro de traslados, incluyendo hora de llamado, hora de entrega y servicio de origen/destino.
10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	Presentación personal ante el paciente, explicación breve del destino del traslado y trato digno durante el desplazamiento.
11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	Adherencia al Manual de Traslado de Pacientes de la Subred y protocolos de manejo de residuos hospitalarios en su área.
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)	Registro de la actividad en los sistemas de información dispuestos por la Subred para la gestión de servicios asistenciales.

OBSERVACIONES:
186 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: Se modifican horas ejecutadas , según el reporte de su referente se ejecutaron 186 horas.

TOTAL A PAGAR:
\$ 2.566.056 – DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA RIVERA ARISTIZABAL KEVIN STIVENN CC: 1013654586	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.

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013654586		RIVERA ARISTIZABAL KEVIN STIVENN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 68 H bis# 26 sur 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	16062640	9504082836	I	2026/05/22	2026/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES														
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
1	CC	1013654586	RIVERA KEVIN																			23030	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	30	\$0	\$0	No	\$576,900
Total Afiliados(1)																								\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0		\$576,900

Planilla Resumen

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
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	\$576,900	\$0	\$0	\$576,900