

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-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: BRAYAN DENNIS BRAYAN DENNIS CASTAÑEDA DÍAZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1026279937
CELULAR: 3183373932	CORREO ELECTRÓNICO: bdcastanedad@unal.edu.co	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESI05 - HOSP PEDIATRÍA USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 55894856	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3567-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 3.2				
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	13073	FECHA	26/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21306	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: \$ 8.943.456	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 93.161
--	--	---------------------------------------

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

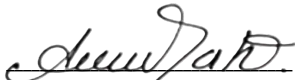

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO


CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 37.450.722
VALOR EJECUTADO	\$ 18.445.878
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 10.061.388
TOTAL HORAS CONTRATADAS	96
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	108
SALDO POR EJECUTAR	\$ 19.004.844
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	49.3 %

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
\$ 4.248.142	\$ 531.100	\$ 679.800	III	\$ 103.500	\$ 1.314.400	80928265

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 BRAYAN DENNIS BRAYAN DENNIS CASTAÑEDA DÍAZ CC: 1026279937
---	--

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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 SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO						
No. DE CONTRATO: 3567-2026	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BRAYAN DENNIS BRAYAN DENNIS CASTAÑEDA DÍAZ	DOCUMENTO: 1026279937						
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 (%): 49.3 %							
OBLIGACIONES ESPECIFICAS				ACTIVIDADES REALIZADAS			
1 Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución				Asistí puntualmente a todos los turnos asignados, atendiendo a cabalidad a los pacientes hospitalizados			
2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades				Desarrollé las funciones clínicas con base en las directrices internas.			
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales				Se realizó entrega de turno con información detallada y entrega personal			
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso) dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad				Valoré a todos los pacientes de piso en los turnos asignados			
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica				Se valoraron pacientes pediátricos posquirúrgicos de turno			
6 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución				Se comunicó constantemente en las rondas médicas el estado de salud de los paciente a sus acompañantes			
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución				Toma de decisiones médicas según evidencia actualizada			
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública				Reporte fichas de notificación obligatoria			
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día				Uso adecuado de bases de datos y sistema de recolección de historia clínica			
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente				Se participaron en charlas de actualización para continuar con un manejo actualizado en tratamiento de pacientes según protocolos			
11 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				Participación de cesiones de evaluación del conocimiento			
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual				Uso adecuado de las instalaciones e insumo, reporte de fallas			
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando				Participación en escenarios solicitados por referente de pediatría			

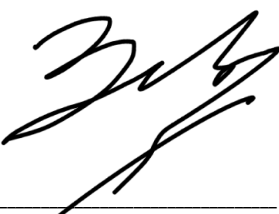
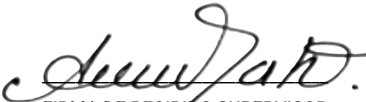
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
sea requerido	
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad	Disponibilidad para las labores indicadas por referentes en seguimientos intra y extra hospitalarios
15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución	Ejercicios de liderazgo, retroalimentación respetuosa y proyección hacia la mejora en la institución
16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución	Disposición para hacer turnos extra o cubrir espacios en incapacidades
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Uso racional de recursos, sopesado con la evidencia clínica y estudios de costo efectividad
18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte	Actitud presta y colabora constante con todas las personas con las que interactúo

OBSERVACIONES:

108 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 10.061.388 – DIEZ MILLONES SESENTA Y UNO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA BRAYAN DENNIS BRAYAN DENNIS CASTAÑEDA DÍAZ CC: 1026279937</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</p>
---	---

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026279937	BRAYAN DENNIS CASTAÑEDA DIAZ		cl 39 a # 19-8	7484517	bdcastanedad@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80928265	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$4,248,200	\$1.339.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	531.100	0		0		0	0	0	0	531.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	679.800	0	0	0	0	0	0		679.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	901469580-2	103.500				103.500	0	0	103.500			1.035	103.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.500	0	0	25.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	531.100	531.100
Pensión	1	679.800	679.800
Riesgos Laborales	1	103.500	103.500
CCF	1	25.500	25.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.339.900	1.339.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026279937	BRAYAN DENNIS CASTAÑEDA DIAZ		cl 39 a # 19-8	7484517	bdcastanedad@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80928265	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$4,248,200	\$1.339.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Colombiano	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	SP	SP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026279937	CASTAÑEDA DIAZ BRAYAN DENNIS	59	0				N								X								25-14	4.248.200	30	679.800	0	0	0	0	EPS008	4.248.200	30	531.100	14-33	4.248.200	30	3	103.500	CCF24	4.248.200	30	25.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

68e9d99af043a9cb9ac40da2e58362679c4211b868d27bf676c9f232262451acc4d4731bec85f0c26656efa775f6a8fc

Número de Factura: FEV-4

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 09/05/2026

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Fecha de Vencimiento: 09/05/2026

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CASTAÑEDA DIAZ BRAYAN DENNIS

Nombre Comercial: CASTAÑEDA DIAZ BRAYAN DENNIS

Nit del Emisor: 1026279937

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: O-47

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 39 A 19 8

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3183373932

Correo: bdcastanedad@unal.edu.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900971006

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: CALLE 66 15 41

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 7433054

Correo: planillasmedicossuba@gmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	001	HONORARIOS MEDICOS	NIU	1,00	\$ 10.061.388,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 10.061.388,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 09/05/2026 11:56:46
Documento validado por la DIAN:
 09/05/2026 11:56:47
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	10061388
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10061388
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	10061388
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 10061388

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	10.061.388,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10.061.388,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	10.061.388,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 10.061.388,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764107589138 Rango desde: 1 Rango hasta: 500 Vigencia: 2028-03-25