

	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: HERNANDEZ GONZALEZ LUIS ALBERTO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1002406528
CELULAR: 3148440732	CORREO ELECTRÓNICO: alberthernandez.1006@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGB02 - URG OBSERVACIÓN USS ENGATIVÁ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488419784712	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2735-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12026	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	17791	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.)						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 12.002.520
VALOR EJECUTADO	\$ 6.953.184
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.483.280
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.049.336
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	57.9 %

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	9503451104

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 ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA HERNANDEZ GONZALEZ LUIS ALBERTO CC: 1002406528
---	---	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					CÓDIGO: AP-CT-F-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 DE URGENCIAS					UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 2735-2026					PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO						01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HERNANDEZ GONZALEZ LUIS ALBERTO					DOCUMENTO: 1002406528						
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 (%): 57.9 %											

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumplo con los respectivo estándares de producción dentro de los tiempos establecidos por la institución
2. Realizar recibo y entrega de turno con registros	Realizo el respectivo recibo y entrega de turno a mi compañero, dentro de los horarios establecidos.
3.Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Cumplo adecuadamente con el respectivo protocolo de bioseguridad, para realizar la respectiva atención al paciente.
4. Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	Cumplo con los respectivos procesos de atención establecidos.
5. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Si presento los respectivos informes solicitados.
6.Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Cumplo dentro del cronograma establecido las actividades solicitadas.
7.Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Mantengo la confidencialidad y el respectivo secreto profesional con los datos de las personas.
8. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Cumplo con las respectivas políticas establecidas.
9. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Realizo los respectivos registros de historias clínicas y notas de enfermería en el sistema dinámica.
10. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	Brindo la adecuada información clara y oportuna al paciente y al acompañante.
11. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Me adapto adecuadamente a las políticas establecidas por la institución.

OBSERVACIONES:
180 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR: \$ 2.483.280 – DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA HERNANDEZ GONZALEZ LUIS ALBERTO CC: 1002406528	Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725
---	--

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					Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																							
CC 1002406528				LUIS ALBERTO HERNANDEZ GONZALEZ					INDEPENDIENTE					Principal					Cra 89b #40-62 sur			BOGOTA-BOGOTA D.E.				3148440732		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		331606070			9503451104		I		2026/05/08		2026/05/25			NEQUI				17		\$548,600																													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																			
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	hvs	plc	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte											
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0		\$541,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0		\$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0		\$541,800
1	CC	1002406528	HERNANDEZ LUIS																		230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0											
Total		Afiliados(1)																					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0		\$541,800									

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	\$3,500	\$0	\$283,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$3,500	\$0	\$283,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$600	\$0	\$43,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$600	\$0	\$43,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,700	\$0	\$221,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$2,700	\$0	\$221,600
TOTAL				1	\$541,800	\$6,800	\$0	\$548,600