Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: **JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1012333770**
CELULAR: **3205680687**	CORREO ELECTRÓNICO: **jefer2117@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80**	CENTRO DE COSTOS: **ENGV03 - U C S ATENCION DOMICILIARIA USS ENGATIVÁ**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **4570205759**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **3600-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **3.17**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	13102	**FECHA**	27/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	18679	**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	**06**	**2026**	**30**	**06**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	TIPO DE SERVICIOS:	VALOR HORA / DÍA:
$ 2.683.050	**ASISTENCIAL**	**$ 14.425**

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

Se devuelve la cuenta de cobro, ya que se reportan únicamente 6 actividades y corresponden 14. Por favor, subir las actividades faltantes para continuar con el proceso • Planillas validadas y actividades revisadas • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: no realiza labores el 19 de junio • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: ..

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 12.895.950**
VALOR EJECUTADO	$ 9.693.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 2.769.600**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	$ 3.202.350
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**75.2 %**

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**	88948600

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Junio** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
CC: 1030565725

Jefferson Andres Hoyos O

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA
CC: 1012333770

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

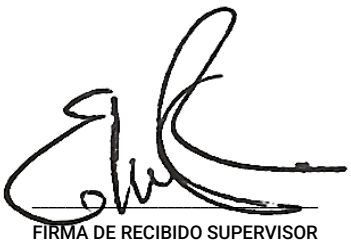
ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS**		UNIDAD: **HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80**					
No. DE CONTRATO: **3600-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO**		01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA**		DOCUMENTO: **1012333770**					
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 (%): **75.2 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Cumplir con los estándares de productividad y oportunidad del servicio asignado, garantizando la atención dentro de los tiempos establecidos por la institución.	Se da Cumplimiento a los estándares de productividad y oportunidad del servicio asignado, garantizando la atención dentro de los tiempos establecidos por la institución.
Realizar el recibo y entrega de turno de manera adecuada, dejando registros completos, claros y verificables.	Se realizo a recepción y entrega de turno de manera adecuada, dejando 50 registros completos, claros y verificables.
Aplicar estrictamente las normas de bioseguridad, incluyendo lavado e higienización de manos, uso adecuado de elementos de protección personal, limpieza, desinfección y medidas de aislamiento cuando aplique.	Se aplican estrictamente las normas de bioseguridad, incluyendo lavado e higienización de manos antes y despues, dandole el uso adecuado a los elementos de protección personal, limpieza, desinfección y medidas de aislamiento cuando aplique
Ejecutar los procedimientos de enfermería conforme a los protocolos institucionales, buenas prácticas y lineamientos establecidos para la atención domiciliaria	Durante el me de JUNIO se ejecutar los procedimientos de enfermería conforme a los protocolos institucionales, buenas prácticas y lineamientos establecidos para la atención domiciliaria.
Administrar los medicamentos prescritos de forma segura, oportuna y conforme a la orden médica, verificando los cinco correctos y reportando cualquier evento adverso o novedad.	se realiza la administrar los medicamentos prescritos de forma segura,a los 60 paciente asigandos en el mes de JUNIO ,de manera oportuna y conforme a la orden médica, verificando los cinco correctos y reportando cualquier evento adverso o novedad.
6. Registrar de manera inmediata y veraz la administración de medicamentos, evidenciando la atención en el domicilio del paciente según los lineamientos institucionales.	Se Registran de manera inmediata y veraz la administración de medicamentos, a 50 paciente,evidenciando la atención en el domicilio del paciente según los lineamientos institucionales.
7. Elaborar y diligenciar las notas de enfermería de forma completa, legible y oportuna en la historia clínica y en los formatos institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Se diligenciaron 60 registros individuales de atención de manera clara, concisa y veraz de acuerdo con la normatividad vigente, y de acuerdo con los protocolos, procedimientos y manuales de la Subred integrada de servicios de salud Norte. en el 100% de las atenciones.
8. Cumplir con las actividades asignadas según el cronograma de atención domiciliaria establecido por la institución.	Se da Cumplimiento a las actividades asignadas según el cronograma de atención domiciliaria establecido por la institución.
9. Mantener la confidencialidad y protección de la información del paciente y su familia, conforme a la normatividad vigente.	Se mantienen la confidencialidad y protección de la información del paciente y su familia, conforme a la normatividad vigente.
10. Brindar un trato digno, respetuoso y humanizado al usuario y su familia, proporcionando información clara relacionada con los cuidados y procedimientos realizados.	Dar un buen trato digno, respetuoso y humanizado al usuario y su familia, proporcionando información clara relacionada con los cuidados y procedimientos realizados.
11. Participar en capacitaciones, reuniones e informes programados por la institución, contribuyendo al mejoramiento continuo del servicio.	Se participa en las capacitaciones, reuniones e informes programados por la institución, contribuyendo al mejoramiento continuo del servicio.
12. Aplicar la política de calidad institucional, participando activamente en el Sistema de Gestión de Calidad y en la identificación de oportunidades de mejora.	Se Aplican las política de calidad institucional, participando activamente en el Sistema de Gestión de Calidad y en la identificación de oportunidades de mejora.
13. Dar cumplimiento a las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales vigentes	Dar cumplimiento a las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales vigentes.en la atencion que se raliza con los pacientes asignados del mes de junio
14. Cumplir con los programas de gestión ambiental, manejo de residuos y las directrices del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, garantizando prácticas seguras en el domicilio.	Se cumple con los programas de gestión ambiental, manejo de residuos y las directrices del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, garantizando prácticas seguras en el domicilio.Para el mes de junio del 2026 se realizó y cumplió con los procedimientos de segregación, recolección de desechos y residuos según lo establecido en el servicio de atención domiciliaria

OBSERVACIONES:
192 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: no realiza labores el 19 de junio • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: ..

TOTAL A PAGAR:
$ 2.769.600 — DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026 Jefferson Andres Hoyos O **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA CC: 1012333770	Fecha: 30/06/2026  **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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012333770	JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA	Cra 80 k # 60 - 34 sur	7771662	jefer2117@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88948600	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012333770	JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA	Cra 80 k # 60 - 34 sur	7771662	jefer2117@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88948600	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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 1012333770	HOYOS ORJUELA JEFFERSON ANDRES	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información