Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HOYOS ORJUELA JEFFERSON ANDRES											437690	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1012333770				
CORREO	jefer2117@gmail.com				CELULAR				3205680687				
PROCESO:	Urgencias												
SERVICIO:	Urgencias				UNIDAD:				Chapinero				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	12				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	0570004570205759												

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3600-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026	NÚMERO DE CRP: 1	13102	FECHA	27/02/2026

OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	04	2026		30	04	2026	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,683,050	VALOR LETRAS							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	8,496,325
VALOR EJECUTADO:	6,404,700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,635,100
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	252
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,091,625
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	75.38 %

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
70213258	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

Se realizan 60 horas adicionales los dias 1,3,5,7 y 9 de abril

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jefferson Andres Hoyos O
HOYOS ORJUELA JEFFERSON ANDRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 4
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE URGENCIAS			**UNIDAD:**		**USS ENGATIVA CALLE 80**		
No. DE CONTRATO: CPS 3600-2026	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		**1**	**4**	**2026**	**30**	**4**	**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 (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. 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.
2. Realizar el recibo y entrega de turno de manera adecuada, dejando registros completos, claros y verificables.	Se realizo a recepcion y entrega de turno de manera adecuada, dejando 50 registros completos, claros y verificables.
3. 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.
4. Ejecutar los procedimientos de enfermería conforme a los protocolos institucionales, buenas prácticas y lineamientos establecidos para la atención domiciliaria.	Durante el mes de Abril se ejecutar los procedimientos de enfermería conforme a los protocolos institucionales, buenas prácticas y lineamientos establecidos para la atención domiciliaria.
5. 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 50 paciente asigandos en el mes de Abril, 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 50 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 ABRIL
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 abril 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: Se realizan 60 horas adicionales los dias 1,3,5,7 y 9 de abril

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.635.100 (tres millones seisientos treinta y cinco mil cien pesos)

Jefferson Andres Hoyos O.

NOMBRE JEFFERSON ANDRES HOYOS ORJUELA

CC: 1012333770

FECHA : 30/04/2026

Firma de recibido supervisor : ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO

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
		70213258	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	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
		70213258	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	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	Exonerado	ING	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	X																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	0

PAGADA

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