

	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: JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	80894680
CELULAR: 3232890726	CORREO ELECTRÓNICO: jaramirezh172@gmail.com	SEDE: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FERIAS	CENTRO DE COSTOS: FERU09 - ADM DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD USS FERIAS
PROCESO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488433036263	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3840-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.43			
CDP 1	359	FECHA	10/03/2026	CRP 1	15195	FECHA	19/03/2026
CDP 2	545	FECHA	20/04/2026	CRP 2	17020	FECHA	29/04/2026
CDP 3	770	FECHA	28/05/2026	CRP 3	22394	FECHA	29/05/2026
CDP 4	893	FECHA	22/06/2026	CRP 4	24498	FECHA	26/06/2026
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: \$ 2.980.800		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 16.200	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: se ajusta horas						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 8.942.400
VALOR EJECUTADO	\$ 5.961.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.980.800
TOTAL HORAS CONTRATADAS	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	184
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.980.800
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66.7 %

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	89409113

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 INGRID PAOLA LOZANO TORRES CC: 52847336  NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE CC: 80894680
--	---

	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 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FERIAS						
No. DE CONTRATO: 3840-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE				DOCUMENTO: 80894680						
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 (%): 66.7 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS				ACTIVIDADES REALIZADAS						
1. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/ o informes requeridos durante la ejecución del convenio.				"Se da cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/ o informes requeridos durante la ejecución del convenio."						
2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.				"Se vela por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales a la poblacion habitante de calle"						
3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/ o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.				"Se resguarda y da un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio."						
6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ese, sds o por entes de control				"Se presenta soportes y auditorías programadas tanto, de la ese, sds o por entes de control."						
7. Desarrollar las acciones previstas en los equipos mas bienestar en hogar de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.				""Se desarrollan las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea."						
8. Realizar depuración a las bases de datos y cruce, en pro de estandarizar los registros de georreferenciación de acuerdo a lo establecido en los documentos operativos del equipo más bienestar en hogar.				"Se estructuran y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EMBEH."						
9. Realizar digitación e ingreso de la información en los aplicativos y matrices dispuestas por los equipos más bienestar en tu hogar.				"Se realiza toma de medidas antrópometricas a todos los miembros identificados en los pagadiarios asignadas."						
10. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/ o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los equipos más bienestar en hogar en los tiempos definidos, con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.				Se realiza diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo g-taps, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos re ferenciados por las familias abordadas en EMBEH"						
11. Garantizar la oportunidad, veracidad, confiabilidad y validez de la información captada, así como el mantenimiento de subsistema de información en el aplicativo g-taps, cumpliendo atributos de calidad.				mplementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud de la población habitantes de calle asi como la activación de rutas integrales por medio dei procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario."						
12. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.				"Se realiza identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en pablación de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio."						
13. Realizar ejercicio de asignación de citas acorde a la disponibilidad de agendas disponibles.				"Se realiza aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EMBEH"						
14. Realizar el contacto telefónico para notificar información de citas programadas y realizará el seguimiento a la asistencia.				"Se promueve en la población los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas según los documentos operativos de EMBEH."						
15. Apoyar los procesos de precritica de formatos generados en los equipos más bienestar en hogar.				"Se realizan los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EMBEH."						
17. Realizar los ajustes pertinentes a las bases de datos, herramientas ofimáticas y/ o sistemas de información de acuerdo a los hallazgos identificados durante la depuración de las bases.				"Se aportan datos requeridos al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente."						
19. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la subred.				Se da respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la subred."						
20. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la subred.				"Se realizan demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la subred"						

OBSERVACIONES:	
184 HORAS CERTIFICADAS AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: se ajusta horas	
TOTAL A PAGAR: \$ 2.980.800 — DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE	
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE CC: 80894680	Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR INGRID PAOLA LOZANO TORRES CC: 52847336
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80894680	JOHN ALEXANDER RAMÍREZ HINCAPIÉ	CRA 69 54 A SUR 81	7169271	jaramirezhi72@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
		89409113	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	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		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0	0	0	280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor							
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700	0	0	0	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
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	0	0
ICBF						
0	0	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO
CC	80894680	JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE		CRA 69 54 A SUR 61	7169271	jaramiezh172@gmail.com
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD UPIC
		89409113	11/06/2026	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	Sueldo	Extranjero	Cotización exterior	Extensión	RE	TDP	TAP	VST	ME	LMA	VAC	AVP	VCT	RH	CONHECOM	Días	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Fondo pensional de subsidencia	Cost. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte ICBF	Aporte SEHA	Aporte IBS otros parafiscales	Aporte CCF	Aporte ESAP MEN	
1	CC	89894680	RAMIREZ HINCAPIE JOHN ALEXANDER			59	0	N													230301	1,750,905	30	280,300	0	0	0	EPF5010	1,750,905	90	215,300	14-11	1,750,905	30	3	42,700		0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80894680	JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE	CRA 69 54 A SUR 81	7169271	jaramirezh172@gmail.com	
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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93254833	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80894680	JOHN ALEXANDER RAMIREZ HINCAPIE		CRA 69 54 A SUR 81	7169271	jaramirez172@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93254833	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP				
1	CC 80894680	RAMIREZ HINCAPIE JOHN ALEXANDER	59	0			N																																	