

	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: PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	72288610
CELULAR: 3142183216	CORREO ELECTRÓNICO: lorapedu@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESA24 - C. EXT GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 480900009774	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2082-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>164</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>769</td><td>FECHA</td><td>28/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CDP 3	769	FECHA	28/05/2026	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>10957</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>21363</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>22350</td><td>FECHA</td><td>29/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	10957	FECHA	01/02/2026	CRP 2	21363	FECHA	22/05/2026	CRP 3	22350	FECHA	29/05/2026	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	769	FECHA	28/05/2026																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	10957	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	21363	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	22350	FECHA	29/05/2026																																														
CRP 4	—	FECHA	—																																														
CRP 5	—	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: \$ 14.810.796	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 94.941		

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

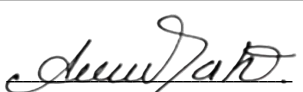
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 84.307.608
VALOR EJECUTADO	\$ 58.103.892
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 14.620.914
TOTAL HORAS CONTRATADAS	156
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	154
SALDO POR EJECUTAR	\$ 26.203.716
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	68.9 %

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
\$ 5.924.318	\$ 875.000	\$ 1.120.000	III	\$ 170.600	\$ 2.165.600	91381119

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 ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL CC: 72288610
---	---

	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 HOSPITALARIOS				UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO						
No. DE CONTRATO: 2082-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL				DOCUMENTO: 72288610						
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 (%): 68.9 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1 Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					Desarrollar las funciones del servicio asignado de manera oportuna, cumpliendo con los objetivos de producción establecidos por la institución.					
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					Aplicar los procesos prioritarios requeridos para el funcionamiento del servicio, respetando la normatividad vigente y los procedimientos del área donde desempeñe sus actividades.					
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales					Registrar de manera completa y oportuna la información correspondiente al cambio de turno en los formatos institucionales del servicio de ginecología					
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					Brindar atención integral a los pacientes mediante la ejecución de procedimientos, seguimiento clínico, diligenciamiento de registros asistenciales, notificación de eventos obligatorios y cumplimiento de los procesos establecidos para el servicio y la especialidad					
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica					Efectuar el control y seguimiento médico de los pacientes durante el postoperatorio, verificando la respuesta al tratamiento, el estado clínico y la recuperación, implementando las intervenciones necesarias y documentando de manera integral la atención brindada en la historia clínica conforme a los lineamientos institucionales					
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					Brindar orientación y educación al paciente y su familia acerca de su estado de salud, plan terapéutico, procedimientos a realizar, riesgos, beneficios y cuidados requeridos, favoreciendo la comunicación efectiva, la participación en el proceso asistencial y el cumplimiento de la política de humanización institucional					
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución					Desarrollar las actividades propias del cargo en estricto cumplimiento de las políticas, procesos, procedimientos, guías de práctica clínica y demás lineamientos institucionales, contribuyendo al mejoramiento continuo, la seguridad del paciente y el logro de los objetivos organizacionales					
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública					Identificar, documentar y reportar los eventos adversos, incidentes de seguridad, infecciones asociadas a la atención en salud y demás eventos de interés en salud pública que sean de notificación obligatoria, favoreciendo la vigilancia epidemiológica, la gestión del riesgo y el mejoramiento continuo de la calidad asistencia					
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día					Registrar, actualizar y verificar de forma permanente la información en los sistemas institucionales bajo su responsabilidad, garantizando la integridad, consistencia, confidencialidad y disponibilidad de los datos, en cumplimiento de las políticas institucionales y la normatividad aplicable					
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente					Participar en las jornadas de capacitación y formación continua definidas por la Subred Norte E.S.E., contribuyendo al fortalecimiento de las competencias laborales y al mejoramiento de la calidad de la atención, presentando oportunamente los soportes o certificaciones que evidencien su cumplimiento					

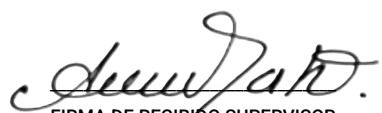
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
11 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Cumplir con las evaluaciones de adherencia y conocimiento establecidas por la Subred Norte E.S.E., relacionadas con la aplicación de procesos institucionales, guías de manejo, instructivos, inducción, reinducción y entrenamiento en el puesto de trabajo
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Custodiar y utilizar de manera adecuada los equipos y recursos asignados para el cumplimiento del objeto contractual, asegurando su correcta conservación y funcionamiento, de acuerdo con las políticas institucionales
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	Asistir a los comités intra y extra institucionales, cuando 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	Apoyar la implementación y desarrollo de los procesos de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte E.S.E., aplicando los instrumentos definidos por la institución para el fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad y la mejora continua de los servicios
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	Aplicar las competencias requeridas para el desempeño del cargo, favoreciendo el cumplimiento del objeto contractual y contribuyendo al desarrollo de la cultura organizacional y a los procesos de habilitación y acreditación institucional
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	Contribuir a la ejecución integrada de las actividades del servicio asignado, facilitando la comunicación y coordinación con otros servicios institucionales para el adecuado desarrollo de los procesos asistenciales
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades
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	Aplicar en el quehacer diario los principios éticos y valores institucionales, garantizando un enfoque de atención humanizada y trato digno a todos los actores del proceso asistencial, en apoyo al fortalecimiento de la habilitación y acreditación institucional

OBSERVACIONES:

154 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 14.620.914 – CATORCE MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL CC: 72288610	Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916
--	---

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	72288610	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE		CALLE 166 # 9 - 45 TORRE 1 APTO 401	3105663086	lorapedu@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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91381119	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.176.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	875.000	0		0		0	7	4.500	0	879.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.120.000	0	0	0	0	7	5.800	0	1.125.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	170.600				170.600	7	900	171.500			1.706	171.500	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	875.000	879.500
Pensión	1	1.120.000	1.125.800
Riesgos Laborales	1	170.600	171.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.165.600	2.176.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	72288610	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE		CALLE 166 # 9 - 45 TORRE 1 APTO 401	3105663086	lorapedu@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
		91381119	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.176.800	

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	INA	RET	TDE	TAL	TAP	UPP	VGP	VOT	SEN	ICE	LMA	VAC	AVP	VOT	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 72288610	PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL	59	0			N																	230301	7.000.000	30	1.120.000	0	0	0	0	EPS017	7.000.000	30	875.000	14-11	7.000.000	30	3	170.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE**

NIT: 72288610 - 1

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 166 9 45 TO1 AP 401, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6013060785

Email. lorapedu@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764109269415 válida desde 2026-05-03 hasta 2026-11-03 rango desde LRPD136 hasta LRPD200

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**NIT:** 900971006-4**Dirección:** CALLE 66 No. 15 - 41, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia**Teléfono:** 4431790**Email:** facturaelectronica@subrednorte.gov.co**Forma de pago:** Crédito**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria**Fecha de Pago:** 30/06/2026**Total de Lineas:** 1**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** LRPD141**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 21:10:39**FECHA FIRMADO:** 22/06/2026 21:10:41

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
22	06	2026	30	06	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Honorarios	WSD	154,00	\$94.941,00				\$0,00	\$14.620.914,00

Notas:**SON:** (catorce millones seiscientos veinte mil novecientos catorce pesos con cero centavos)**CUFE:** 05445a14cd7442ef9edd1af6fb0d2e5db8aeb9a93c0e978fd1f265501055b6af41ae9cb306fc60013b7c4a905a556b92

Subtotal:	\$14.620.914,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$14.620.914,00

Firma Digital: tkauo09VqHJTqJhAHy0CeB71pkY1bC3v6PbVCQuc1plfatZIMmKqJm9vYpXUhrbi
wM+iF6CfANTunKf37UY0PiUSPtBwTpYMUKAtvFHqtv75UzkkUbDhCoVyTfAwobte
apO9f0vjS4x8fO6AHSnjinGRYff7tPXgKVtZ31muzYFnokw+Y9ts5jWQyL4oZwDaf
FXM4h4qOswiTFwT9J8cGlz16V5oyGF/8Y0QCHJJpQ3mX4Tmvp4F/fFaQaBHK4c6c
fii4bpMQgvU8uKZZETCCn78aKz38fcTDCgIPj1zlc61eGOBfbUQsNZvNGPP3Y3s
yN5APyF0kVivy8DbjI9bKw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..**