

	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: WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	79219488
CELULAR: 3114856954	CORREO ELECTRÓNICO: wilsonalgarra17@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESR25 - ADM CARTERA Y CUENTAS MEDICAS USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN FINANCIERA		SERVICIO: ADMINISTRATIVO	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 50928147	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 224-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>165</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>705</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</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	165	FECHA	22/01/2026	CDP 2	705	FECHA	20/05/2026	CDP 3	—	FECHA	—	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>12102</td><td>FECHA</td><td>01/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>19957</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</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	12102	FECHA	01/02/2026	CRP 2	19957	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	165	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	705	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	12102	FECHA	01/02/2026																																														
CRP 2	19957	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	—	FECHA	—																																														
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: \$ 2.852.000	TIPO DE SERVICIOS: ADMINISTRATIVO			VALOR HORA / DÍA: —		

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

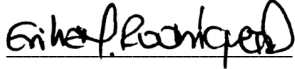
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 14.260.000
VALOR EJECUTADO	\$ 11.408.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.852.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.852.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80.0 %

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.

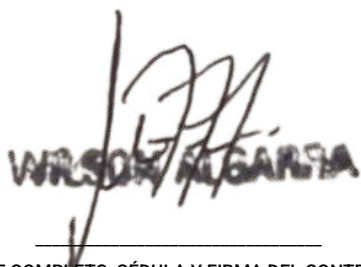
IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	6019807878

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 ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ CC: 53072146	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ CC: 79219488
--	--

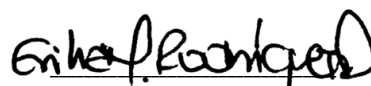
\$ 2.852.000 — DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
CC: 79219488

Fecha: 30/06/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ERIKA MILENA RODRIGUEZ DIAZ
CC: 53072146

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79219488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 9 ESTE # 38 - 23	TELÉFONO:	3114856
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6019807878	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	385338305

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 42.700
SUBTOTAL:			1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800