

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79996052		MOLINA ESPITIA JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 69 48 38 CANDELARIA LA NUEVA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012096970	Si

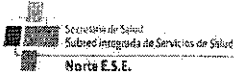
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-01	2026-01	60246988	9498578992	I	2026/02/12	2026/02/13	NEQUI	\$542,300

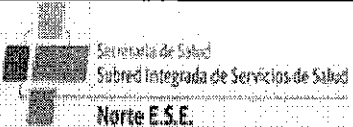
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC 79996052	MOLINA JHON	25-14	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$ 1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$ 1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79996052		MOLINA ESPITIA JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 69 48 38 CANDELARIA LA NUEVA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012096970	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	60246988	9498578992	I	2026/02/12	2026/02/13	NEQUI	1	\$542,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$200	\$0	\$280,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$200	\$0	\$280,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$500	\$0	\$542,300	

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CODIGO: AP-CT-F-50					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL				VERSION: 4					
					PAGINA : 1 DE 1					
				FECHA: 07/11/2024						
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS					UNIDAD:		ENGATIVA			
No. DE CONTRATO: CPS-3049-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					1	02	2026	28	02	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON FREDY MOLINA ESPITIA				DOCUMENTO: 79996052						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA DE LA SALUD - ENFERMERO (A) HOSPITALIZACIÓN Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo con las necesidades de la institución										
TOTAL DE EJECUCIÓN (100%)										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					Cumplir con los estándares establecidos por la institución en el servicio de Urgencias, atención en tiempos establecidos, pacientes asignados, traslado de los mismos en los turnos .					
2.Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.					Realice recibo y entrega de turno cumpliendo con los protocolos y manual de funciones contratado					
3.Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.					Realice turnos y en cada uno de ellos se reviso y envió a farmacias las ordenes de medicamentos, hay registro de estos en el sistema.					
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva					Tramite en los turnos realizados el tramite pertinente y necesario en pro del beneficio del paciente y la institución ante el área administrativo					
5. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades, Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen					Realice turnos y en cada uno de ellos se reviso y envió a farmacias las ordenes de medicamentos, hay registro de estos en el sistema.					
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					Asistí a cada una de las capacitaciones y actividades programadas dejando registro de estas.					
7.Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.					Cumplí con los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades contratadas en los turnos.					
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.					Brinde información a los usuarios y sus familias educando tratamiento ordenado , riesgos de caída, interacción de medicamentos buscando su tranquilidad en cada uno de los turnos					
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					Aplique en cada uno de los turnos las políticas, guías , manuales establecidos					
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.					Durante cada uno de los turnos me adherí a las indicaciones del manual de bioseguridad.					
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					Realice las respectivas notificaciones que aplican a mis funciones					
12. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.					Realice los traslados y seguimiento de ordenes en cada uno de los 30 turnos realizados					
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente					Realice cada una de las capacitaciones virtuales y/o presencial programada por la institución.					
14. 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 solicitudes por la Subred Norte ESE.					Realice las evaluaciones programadas por la institución.					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS (\$3.633.672)										
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:					Fecha: 28 de febrero /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.										

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHON FREDY MOLINA ESPITIA										426416	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79996052									
CORREO	3012096970	CELULAR	jfredo480@hotmail.com									
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	28											
TIPO CUENTA	SIN CUENTA											
NUMERO CUENTA BANCARIA	0											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3049-2026	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	
NUMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026
NUMERO DE CRP: 1	9929	FECHA	01/02/2026

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	02	2026		28	02	2026
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0					
VALOR MES	4,022,994	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.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	16,091,976
VALOR EJECUTADO:	3,633,672
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,633,672
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	168
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	12,458,304
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	22.58 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

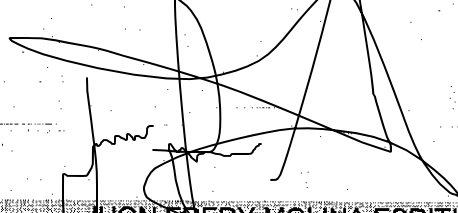
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9498578992	218,900	280,200	3	42,700	0	541,800
	0	0		0	0	

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:


JHON FREDY MOLINA ESPITIA
 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.