

	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: HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1136880270
CELULAR: 3153815645	CORREO ELECTRÓNICO: mdherrera.epilepsia@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBA52 - C. EXT NEUROPEDIATRIA USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: EVENTO	
ENTIDAD FINANCIERA: SCOTIABANK COLP	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 4902019043	
PENSIONADO:	SI No X		

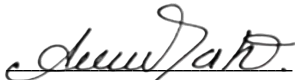
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3217-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12289	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21356	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
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: \$ 13.000.000		TIPO DE SERVICIOS: EVENTO			VALOR HORA / DÍA: \$ 69.892	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 62.940.000
VALOR EJECUTADO	\$ 35.435.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 10.450.000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	0
SALDO POR EJECUTAR	\$ 27.505.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	56.3 %

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
\$ 3.002.000	\$ 2.451.900	\$ 3.334.600	III	\$ 477.900	\$ 6.264.400	92731986

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  Dr. David Herrera Ramírez ESP. NEUROPEDIATRIA Universidad del Norte NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID CC: 1136880270
--	--

	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 SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 3217-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID				DOCUMENTO: 1136880270						
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 (%): 56.3 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Evento: Electroencefalograma computarizado en paciente ambulatorio - \$70.000.					se realizan los estudios a pacientes ambulatorios					
".2. Evento: Electroencefalograma computarizado en paciente hospitalizado - \$70.000."					Electroencefalograma computarizado en paciente hospitalizado - \$70.000."					
3. Evento: Monitorización electroencefalográfica por video y radio sod. Intrahospitalaria (UCI, UCIP, UCIN, NEONATOS Y HOSPITALIZACIÓN GENERAL PEDIATRIA) \$95.000 por hora.					realizacion de estudio de videoelectroencefalografia en unidad de cuidado intensivo neonatal y unidad de pediatria, con tiempos de lectura oportuna con entrega en 24 horas despues de finalizacion del estudio					
4. Realizar direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.					se realizan los estudio Videoelectroencefalografia y se sube al sistema de dinamica establecidos en la contratacion					
5. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					Realizar los estudios de monitorizacion electroencefalografia en los tiempos establecidos en la contratación.					
6. 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.					Se cumple con los horarios establecidos para la realización de los procedimientos					
7. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.					Se realiza los estudios de EEG y se suben al sistema de dinámica					
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.					Se explica el procedimiento que se realizará y como se realiza el procedimiento					
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.					Se cumple con las guias de manejo del hospital					
10. Cumplir con el Manual de Bioseguridad.					Se cumple con las guias de manejo del hospital					
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					Se notifican los eventos adversos durante los procedimientos					
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.					se realizan los estudios de EEG					
13. Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.					Se realiza el registro constante de la historia clinica					
14. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.					Se realizan las actualizaciones y los cursos en red cuando se es notificado.					
15. 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.					Se realizan las evaluaciones cuando se solicitan					
16. Desarrollar las actividades según criterios de autocontrol					se realizan las actividades de seguimiento y control					
17. Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos					se realiza el cuidado de las instalaciones y los insumos de la institución					

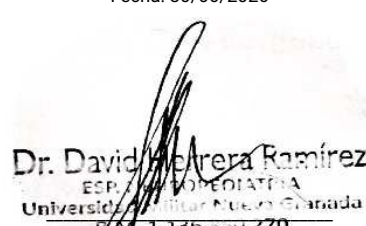
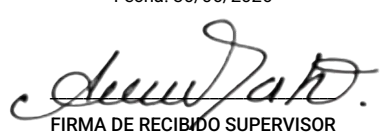
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	
18. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.	Se asiste a las reuniones citadas
19. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.	Se realizan las actividades conforme a la habilitación
20. gestionar, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	se realiza una atencion humanizada a todos los pacientes
21. 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.	Se realizan las actividades con forme a la cultura institucional
22. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.	Se apoya en las actividades que se realizan en la institución con los diferentes especialistas
23. Cumplir con el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio	Se realiza el seguimiento y control de los insumos de manera constante
24. Aplicar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el 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.	Se realiza un trato humano cordial y constante
25. Aplicar 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.	Se realizan las actividades conforme a la habilitación
26. Se realiza la lectura de estudios de electroencefalografia de los pacientes:	1259778098 Nathaly Panqueva Ortiz 6 26052510167667 Hijo De Lissette Mariana Gutierrez Gomez 6 1254988154 Alex David Narvaez Ramirez 6 1254988154 Alex David Narvaez Ramirez 6 1073253884 Isabella Sophia Urzola Riera 6 26056710183099 Hija De Greidemar Nereida Arevalo Barrios 6 26052510167667 Hijo De Lissette Mariana Guotierrez Gomez \$6 1206228689 Alex Leandro Sarmiento Hernandez 6 1124219862 Zoe Giselt Parra \$6 7475343 Sierra Rendiles Alondra Valentina 6 1031862974 Marte Lucia Mariño Vega 6 1259778098 Nathaly Panqueva Ortiz 6 1117950248 Mrtin Andres Artunduaga Alvarez 6 1011270284 Emmanuel Rojas Salamanca 4 1206228689 Axel Leandro Sarmiento Hernandez 6 7395148 Dubrenngelys Yorlennys Solarte Chourio 4 1206228689 Axel Leandro Sarmiento Hernandez 6 26052510167667 H/Lisesette Mariana Gutierrez Gomez 6 1028952849 Valery Juliana Angulo Morales 6

OBSERVACIONES:

0 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 10.450.000 – DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  Dr. David Herrera Ramirez ESP. NEFROLOGIA Universidad Militar Nueva Granada C.M. 1.136.880.270 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID CC: 1136880270	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	1136880270	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ		Cl 118 no 21-50 apto 501	315381564	miltondherrera@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 (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92731986	18/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$6.264.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	2.451.900	0		0		0	0	0	0	2.451.900	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	3.138.400	0	0	98.100	98.100	0	0		3.334.600	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	477.900				477.900	0	0	477.900			4.779	477.900	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	2.451.900	2.451.900
Pensión	1	3.334.600	3.334.600
Riesgos Laborales	1	477.900	477.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6.264.400	6.264.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1136880270	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ		Cl 118 no 21-50 apto 501	315381564	miltondherrera@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
		92731986	18/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$6.264.400	

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	Calom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VOT	IRL	CORRECCION	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 1136880270	HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID			59	0			N															25-14	19.615.000	30	3.138.400	0	0	98.100	98.100	EPS010	19.615.000	30	2.451.900	14-11	19.615.000	30	3	477.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ

NIT: 1136880270 - 1

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CR 19 No. 131a-30torre 2 apto 103 C.RESIDENCIAL BOSQUES DEL COUNTRY, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3153815645

Email. mdherrera.epilepsia@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764106149219 válida desde 2026-02-20 hasta 2026-08-20 rango desde FEV490 hasta FEV600

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
NIT: 900971006
Dirección: cl 165 no 7-06, Bogota, Bogota, Colombia, CP 111221
Teléfono: 4431790
Email: facturaelectronica@subrednorte.gov.co
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Débito Interbancario
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FEV536

MONEDA: COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN: 16:46:55

FECHA FIRMADO: 22/07/2026 16:46:56

FECHA DE EMISIÓN

DIA	MES	AÑO
22	07	2026

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO
--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	Realización de estudios de Electroencefalografía	WSD	1,00	\$10.450.000,00				\$0,00	\$10.450.000,00

Notas:

SON: (diez millones cuatrocientos cincuenta mil pesos con cero centavos)

CUFE: b1d84b693c6cf89623b18776a45c7a4c2606968706ea0b0bb88cbb15cd5e452b6053a172a6e25bf294547d5432410e0f

Subtotal:	\$10.450.000,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$10.450.000,00

Firma Digital: G9oKJIRxXLSRi3NL/zf6H2qVwODNiTKZnMyr6wWlvV6JdLGJ5swNhwAlyobEKzJX
YBh8wGznCFE1Zyxw/aj7DoKRnwBHz+RyQMnWOHPN87GUBP5CtXrG4MCFpALNTRCN
kXooQOTj1iBvETI5g+wQKighdS3Zbdx2ldFlpXLfnSQzgh8cSNlJwbcciXIXMEll
Y1JeOKfyEf8aNVinakDOUy/P6gvRGZi6khNeu6YKIXAGLH8HEoJnJd9xNjuYjVw6
gFKviXoo6w9GwJCj8+SsFdlsfBHalmN5fC9mEHynTNit28ox2Tv8k7Fib9pcwazr
vBbXDbRW6gXeXdlMJTLqag==

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.

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

