

	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: MESA OLIVEROS ANDERSON ARLEY			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1010190158
CELULAR: 3112558058	CORREO ELECTRÓNICO: andersonm8490@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESC01 - QUIRURGICO CIRUGÍA GENERAL USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 456870022781	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2197-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12285	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21614	FECHA	22/05/2026
CDP 3	769	FECHA	28/05/2026	CRP 3	22436	FECHA	29/05/2026
CDP 4	894	FECHA	22/06/2026	CRP 4	24028	FECHA	26/06/2026
CDP 5	1028	FECHA	21/07/2026	CRP 5	27149	FECHA	24/07/2026
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

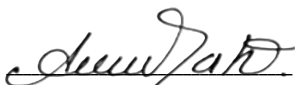
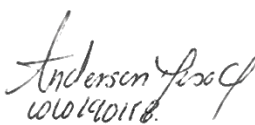
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		HASTA	
				DÍA	MES	AÑO	DÍA
				01	07	2026	31
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 21.442.080		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 115.280		
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)							
LA COLUMNA DE OBLIGACIÓN Y DE ACTIVIDADES NO DEBE SER IGUAL							

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 157.011.360
VALOR EJECUTADO	\$ 127.960.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 29.050.560
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	252
SALDO POR EJECUTAR	\$ 29.050.560
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81.5 %

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
\$ 9.406.848	\$ 1.176.400	\$ 1.600.000	III	\$ 229.300	\$ 3.005.700	9507480806

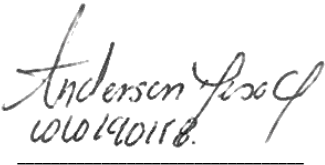
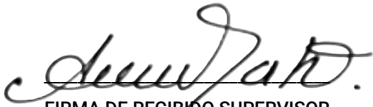
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Julio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA MESA OLIVEROS ANDERSON ARLEY CC: 1010190158
---	--

	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: 2197-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MESA OLIVEROS ANDERSON ARLEY				DOCUMENTO: 1010190158						
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 (%): 81.5 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.					1. Dí cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos 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.					2. Cumplí 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.					
3. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales.					3. Realicé recibo y entrega de 21 turnos diligenciando los formatos institucionales.					
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					4. Cumplí con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas 84, ronda médica y evoluciones, realización de 105 procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada , realizar los registros en 189 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.					
5. Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica					5. Realicé seguimiento a los 105 pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica.					
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.					6. Brindé 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.					
7. Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución.					7. Apliqué las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución.					
8. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					8. Realicé la notificación obligatoria de 2 sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.					
9. Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.					9. Registré permanentemente los sistemas de información que están a mi cargo y mantenerlos al día.					
10. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.					10. Cumplí con las 2 capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.					
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.					11. Presenté las 2 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.					
12. Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.					12. Cumplí con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.					
13. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando					13. Asistí a 1 comités intra y extrainstitucionales.					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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.	14. Participé 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.
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.	15 Cumplí 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.
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.	16 Apoyé la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se me asigno y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución.
17. Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades.	17 Cumplí 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.	18 Apliqué 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.

OBSERVACIONES:
252 HORAS CERTIFICADAS
TOTAL A PAGAR: \$ 29.050.560 — VEINTINUEVE MILLONES CINCUENTA MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MESA OLIVEROS ANDERSON ARLEY CC: 1010190158	Fecha: 31/07/2026  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 GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1010190158		MESA OLIVEROS ANDERSON ARLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 53 3-27 T8 Ap 606	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3667109	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	443434292	9507480806	I	2026/07/15	2026/07/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$3,005,700

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)					\$9,410,905	\$1,600,000			\$9,410,905	\$1,176,400			\$0	\$0			\$9,410,905	\$229,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$9,410,905	\$1,600,000			\$9,410,905	\$1,176,400			\$0	\$0			\$9,410,905	\$229,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$9,410,905	\$1,600,000			\$9,410,905	\$1,176,400			\$0	\$0			\$9,410,905	\$229,300		\$0	\$0	
1	CC	1010190158	MESA ANDERSON	25-14	30	\$9,410,905	\$1,600,000	EPS010	30	\$9,410,905	\$1,176,400		0	\$0	\$0	14-11	30	\$9,410,905	\$229,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$9,410,905	\$1,600,000			\$9,410,905	\$1,176,400			\$0	\$0			\$9,410,905	\$229,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010190158		MESA OLIVEROS ANDERSON ARLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 53 3-27 T8 Ap 606	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3667109	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	443434292	9507480806	I	2026/07/15	2026/07/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$3,005,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,600,000	\$0	\$0	\$1,600,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,600,000	\$0	\$0	\$1,600,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$229,300	\$0	\$0	\$229,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$229,300	\$0	\$0	\$229,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,176,400	\$0	\$0	\$1,176,400	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$1,176,400	\$0	\$0	\$1,176,400	
TOTAL				1	\$3,005,700	\$0	\$0	\$3,005,700	

Espacio para
Logo Corporativo

ANDERSON ARLEY MESA
OLIVEROS
NIT 1.010.190.158-6
CL 26A SUR 12 39 P 11
Tel: (601) 3112558058
Bogotá - Colombia
andersonm18m@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FEV 77

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
NIT	900.971.006-4	Teléfono	(601) 4431790
Dirección	Av 104 # 152C-50	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/07/2026, 10:19
Expedición	15/07/2026, 10:19
Vencimiento	15/07/2026

Ítem	Nombre producto	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA	1.00	29,050,560.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Veintinueve millones cincuenta mil quinientos sesenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 29,050,560.00

Observaciones:

Perteneiente al Régimen Simple de Tributación SIMPLE desde el 23 de Enero de establecido por la ley 2010 de 2019. Honorarios comprendidos entre el 1 y 31 de Julio de 2026

Total Bruto	29,050,560.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	29,050,560.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sligo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Sligo Nube, Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764108729902 aprobado en 20260421 prefijo FEV desde el número 63 al 150 Vigencia: 24 Meses

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: cd703d0f2a85cbdedce900301af56ccf7e44ab3b0722aa0685c7ca647b18456453e5d0a65d4ba36ed1ec57f49c7cafe4