Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CARLOS ANDRES MORENO GAMBOA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1010206952**
CELULAR: **3197862192**	CORREO ELECTRÓNICO: **carlosamorenogamboa@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCOLOMBIA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **54756950731**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **4077-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **1.5**	

CDP 1	509	**FECHA**	08/04/2026	**CRP 1**	16292	**FECHA**	20/04/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19019	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	894	**FECHA**	22/06/2026	**CRP 3**	24140	**FECHA**	26/06/2026
CDP 4	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 4**	27500	**FECHA**	24/07/2026
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	**07**	**2026**	**31**	**07**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 2.566.056**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 13.796**

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

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 186 horas ejecutadas • El documento entregado no refleja todas las obligaciones especificas establecidas en el contrato, por lo que no se considera un informe válido para proceder con el pago. • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 60 horas ejecutadas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 7.615.392**
VALOR EJECUTADO	$ 5.049.336
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 827.760**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	60
SALDO POR EJECUTAR	$ 2.566.056
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**66.3 %**

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
$ 1.750.905	$ 218.900	$ 280.200	III	$ 42.700	**$ 541.800**	1082709550

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

Carlos Moreno

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CARLOS ANDRES MORENO GAMBOA
CC: 1010206952

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	UNIDAD: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**						
No. DE CONTRATO: **4077-2026**	PERIODO CERTIFICADO	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CARLOS ANDRES MORENO GAMBOA**	DOCUMENTO: **1010206952**						
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 (%): **66.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Conocer y cumplir con la normatividad vigente que tenga relación con cada una de las actividades que deba desarrollar en cumplimiento del objeto del presente contrato	1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.
2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades correspondientes a su objeto contractual, sí a ello hubiere lugar	2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.
3. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.	3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).
4. Cumplir y mantener al día la obligación legal de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral de Salud y Pensión de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes vigentes, así como, asumir el valor de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1273 de 2018, como independiente, durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos. La falsedad en dichos documentos dará lugar a la terminación automática de contrato.	4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio
5. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las a obligaciones asignadas	6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.
8. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.
9. Adherirse a las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Norte, conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas.	9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.
10. Ejecutar las acciones preventivas y/ o correctivas y/ o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo con las evaluaciones o recomendaciones de auditorías de órganos	10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
internos o externos, dadas por el supervisor o a través del apoyo del supervisor.	
11. Contribuir con la consolidación de los informes, solicitudes, peticiones y/ o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. Todo contratista será responsable de la información emitida y avalada con ocasión de los derechos de petición.	11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales
12. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc)

OBSERVACIONES:

60 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 186 horas ejecutadas • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: El referente reporta 60 horas ejecutadas

TOTAL A PAGAR:
$ 827.760 — OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026

Carlos Moreno

_____

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CARLOS ANDRES MORENO GAMBOA
CC: 1010206952

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-08, 02:50:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082709550

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824139041

PAGADO 08/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS ANDRES MORENO GAMBOA		
Documento	CC1010206952	**Dirección**	CR 147A #142 F - 39
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3197862192
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010206952	CARLOS ANDRES MORENO GAMBOA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.