

	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: JEISSON MARIN URIBE LUIS			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1022382186
CELULAR: 3042854455	CORREO ELECTRÓNICO: ujeisson@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: FBC002 - A USU ATENCION AL USUARIO USS FRAY BARTOLOMÉ
PROCESO: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		SERVICIO: ADMINISTRATIVO	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 24091970613	
PENSIONADO:	SI No X		

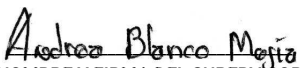
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 816-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	165	FECHA	22/01/2026	CRP 1	11631	FECHA	01/02/2026
CDP 2	705	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21763	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	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	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.337.276		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:	\$ 11.686.380
VALOR EJECUTADO	\$ 7.011.828
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.337.276
TOTAL HORAS CONTRATADAS	—
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	—
SALDO POR EJECUTAR	\$ 4.674.552
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	60.0 %

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	81727562

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,	
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA CC: 1014206239	





NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JEISSON MARIN URIBE LUIS
CC: 1022382186

	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: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 816-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEISSON MARIN URIBE LUIS				DOCUMENTO: 1022382186						
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 (%): 60.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. 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.					Fortalecimiento de competencias de la oficina de Servicio al Ciudadano.					
2.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.					Se reconocen las diferentes estrategias en el marco de la politica publica en Salud con relacion a la atencion al ciudadano, enfoque diferencial, agendamiento de citas, la voz del ciudadano los derechos y deberes, los mecanismos de asignacion de citas, como acceder a los servicios de la subred norte portafolio de servicios, asegurabilidad en salud frente al sistema de salud EPS, puntos de atencion, medidas de proteccion basicas higiene de manos y uso de EPP institucionalmente punto de encuentro y riesgo.					
3. Realizar la apertura del 100% de buzones de sugerencias de acuerdo con la programación, registrar en acta y hacer entrega de los soportes en la oficina de Gestión de la Voz del Usuario.					No aplica para este mes					
4. Realizar la transcripción de las peticiones recibidas por los canales internos de la Subred.					No aplica para este mes					
5. Realizar la radicación en el Sistema Distrital Bogotá te Escucha y en el aplicativo Ágilsalud de manifestaciones ciudadanas recibidas por canales internos de la Subred.					No aplica para este mes					
6. Registrar la información correspondiente a las peticiones en la Matriz interna de control de PQRSDF.					Al momento del cierre se realiza la validación de la información registrada en la matriz y se realiza los cambios a que haya a lugar					
7. Realizar ampliación de información de las manifestaciones, cuando la suministrada no cumpla con los requisitos para la gestión de la petición.					No aplica para este mes					
8. Direccionar las peticiones recibidas en los buzones de sugerencias, a través del aplicativo Ágilsalud, a la Dirección u Oficina que tenga competencia, con verificación del profesional administrativo.					No aplica para este mes					
9. Gestión y seguimiento de peticiones clasificadas como Felicitaciones y de la bandeja de Citas, lo cual incluye la respectiva asignación de citas con verificación de documentación según corresponda, proyectando las respuestas y realizando los cierres en el Sistema Distrital Bogotá te Escucha.					Gestión de bandeja de citas, proyectando 350 respuestas.					
10. Realizar el 100% de encuestas de satisfacción asignadas, de las respuestas a manifestaciones generadas, garantizando la calidad del registro y la oportunidad de la entrega.					No aplica para este mes					
11. Recibir y verificar las respuestas y correspondencia devueltas por la Oficina de Gestión documental y generar las acciones pertinentes.					No aplica para este mes					
12. Organización y alistamiento de archivo físico y magnético de las peticiones y actas del mes, de acuerdo con las tablas de retención documental.					76 folios archivados de peticiones de los buzones					
13. Elaborar los informes mensuales y trimestrales relacionando las actividades cumplidas, entregando					se realiza Informe de actividades del periodo correspondiente.					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
mensualmente las evidencias de las misma.	
14. Asistir a reuniones o jornadas de capacitación, convocadas por la Subred Norte E.S.E., por la líder de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y por las Entidades Distritales encargadas de la gestión de las manifestaciones ciudadanas.	29/04/2026: encuesta de percepcion sobre cultura humanización 06/05/2026: capacitacion Cuidadores de la confianza - enfoque de genero 07/05/2026:Capacitacion Meli portal 13/05/2026: capacitacion BTE- reportes 13/05/2026 : Capacitacion Cuidadores de la confianza
15. Las demás que le sean asignadas relacionadas con su área por la líder de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Se realizaron 153 llamadas de confirmación de citas.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: \$ 2.337.276 – DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

<div> <div>Fecha: 31/05/2026</div> <div>  </div> <div> <div>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</div> <div>JEISSON MARIN URIBE LUIS</div> <div>CC: 1022382186</div> </div> </div>	<div> <div>Fecha: 31/05/2026</div> <div>  </div> <div> <div>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</div> <div>ANDREA LUCIA BLANCO MEJIA</div> <div>CC: 1014206239</div> </div> </div>
--	---

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022382186	JEISSON MARIN URIBE LUIS		cra97c 41-25 sur	1234567	ujeisson@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81727562	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF21	Cafam					860013570-3	35.100	0	0

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	218.900	218.900
PenSIón	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022382186	JEISSON MARIN URIBE LUIS		cra97c 41-25 sur	1234567	ujeisson@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
		81727562	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	Columna exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	INTL	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 1022382186	URIBE LUIS JEISSON MARIN		59	0		N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF21	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0