Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: **JIMENEZ TOVAR YALESSA GINETH**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**52850578**
CELULAR: **3165536325**	CORREO ELECTRÓNICO: **jyalessa@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBI06 - HOSP MEDICINA INTERNA USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO BOGOTA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **23272818**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1702-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10103	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19342	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	26801	**FECHA**	24/07/2026
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	07	2026	31	07	2026

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	TIPO DE SERVICIOS:	VALOR HORA / DÍA:
$ 4.022.994	**ASISTENCIAL**	**$ 21.629**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

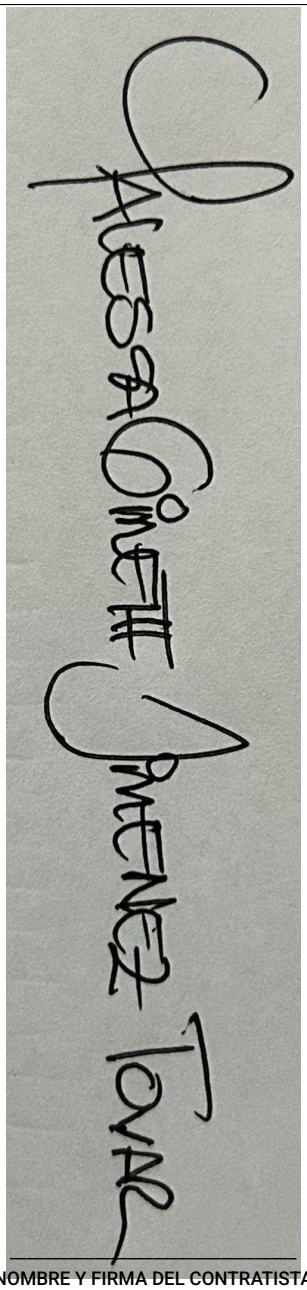
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 24.916.608**
VALOR EJECUTADO	$ 20.763.840
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 4.152.768**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	$ 4.152.768
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**83.3 %**

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**	1113972079

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
JIMENEZ TOVAR YALESSA GINETH
CC: 52850578

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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: **1702-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JIMENEZ TOVAR YALESSA GINETH**	DOCUMENTO: **52850578**						
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 (%): **83.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
CONTRIBUIR CON EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACION DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA UNICIO DE HABILITACION , AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SITEMA UNICO DE ACREDITACION Y SISTEMA DE INFORMACION	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.
DESARROLLAR LAS ESTRATEGIA DEFINIDAS A NIVEL INSTITUCIONAL PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LOS EJES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION: GESTION DEL RIESGO, HUMANIZACION DE LA ATENCION, TRANSFORMACION CULTURAL, GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA , GESTION DE LA TECNOLOGIA, ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y RESPONSABILIDAD SOCIAL, ACORDE AL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS	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.
DAR CUMPLIMIENTO A LOS ESTANADARES DE PRODUCTO DE SERVICIO ASIGNADO SEGUN LOS TIMEPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION INDENTIFICANDO INDICADORES DEL SERVICIO ASIGNADO	3, Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución, identificando indicadores del servicio asignado
DAR CUMPLIMIENTOA LOS PROCESOS PRIORITARIOS, ESTABLECIDOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVCIO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y AL SERVICIO ASIGNADO	Dar cumplimiento a los procesos prioritarios funcionamiento del servicio de acuerdo a la no servicio asignado.
REVISION Y ENVIO A FARMACIA DE LAS ORDENES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRACION, REGISTRO Y DEVOLUCION DE MEDICAAMENTOS GARANTIZANDO ADHERENCIA AL CICLO DE MEDICAEMNNTOS	5, Revisión y envío a farmacia de las órde Administración, registro y devolución de medic nes de amento medicamentos s, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos.
TRAMITAR OPORTUNAMENTE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DEL ARERA ADMINISTRATIVA RESPECTIVA	Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.
CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS, ISNTRUCTIVOS, FROMATOS PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, PRESENTAR INFORMES, SOLICTUDES, Y PETICIONES Y DEMAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE QUE GENEREN	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.
ASISTIR A CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SEGUN LA PROGRAMACION INSTITUCIONAL	Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.
CUMPLIR LO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION DE ACUERDO A LOS CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PERTINENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO	Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato
BRINDAR INFROMACION AL USUARIO Y SU FAMILIA SOBRE SUS ESTADO DE SALUD, ACLARANDO RIESGOS COMPLICACIONES Y BENEFICIOS DE SU TRATAMIENTO CON REGISTRO EN HISTORIA CLINICA	Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, con registro en historia clínica
APLICAR LAS POLITICAS, GUIAS DE MANEJO, INSTRUCTIVOS, MANUALES, PROTOCOLOS, PROCCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.	Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, protocolos, procesos y procedimientos Institucionales.

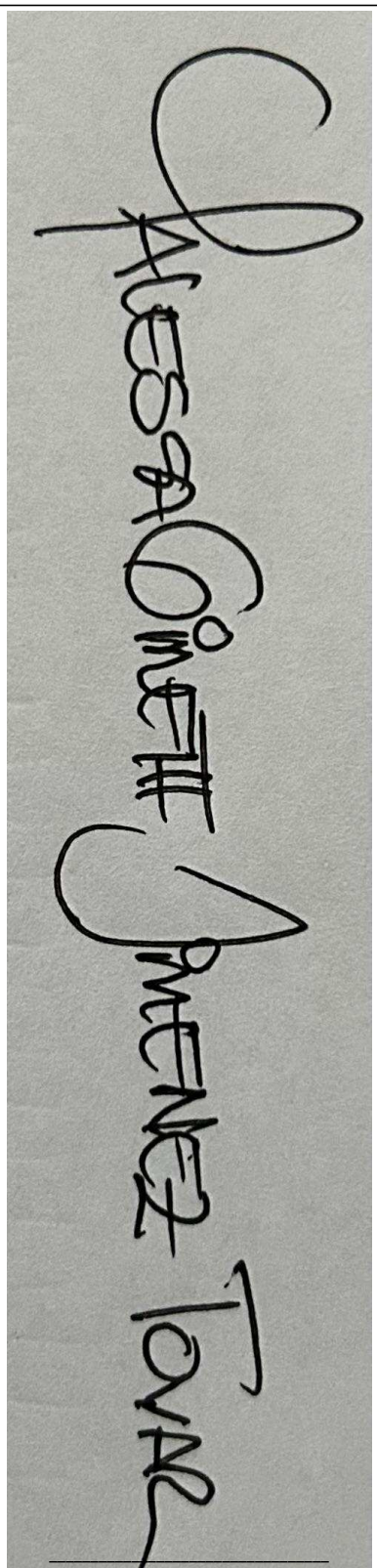
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
REALIZAR LA NOTIFICACION OBLIGATORIA DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD, INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y DEMAS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos.
REALIZAR EL PROCESO DE TRASLADO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CUANDO SE REQUIERA DENTRO DE LA PRESTACION INTEGRAL DE LA SUBRED Y DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE LA REGULAN	Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.
CUMPLIR CON LAS CAPACITACIONES VIRTUALES O PRESENIALES DE LA SUBRED NORTE ESE CONVOQUE Y PRESENTAR LA CERYFOCACION PERTINENENTE.	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
REGISTRAR DE MANEJA LEGIBLE Y OPRTUNA LA HISTORIA CLINICA Y LOS REGISTROS IMNSTITUCIONALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999	Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente
PRESENTAR LAS EVALUACIONES DE ADHERENCIA Y CONOCIMIENTOS PROGRAMADAS POOR LA SUBRED NORTE PARA MEDIR LA ADHERENCIA ALOS PROCESOS, PROCEDIMEITNTO Y GUIAS, INSTRUCTIVOS ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO, MANUALES, INDUCCION Y REINDUCCIONES, TODAS Y CADA UNA DE LAS SOLICTADAS POR LA SUBRED NORTE ESE	Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.
REALIZAR SEGUIMIENTO A LA APROPIACION Y ADEHERENCIA A LOS PROCESOS INSTITUCIONALES DEL PERSONAL A CARGO, DE EXISTIR ALGUNA NOVEDAD ESTABLECER PLA DE TRABAJO PARA FORTALECER COMPETENCIAS EN CONJUNTO CON EL PROFESIONAL EPECIALIZADO Y/O REFERENTE DEL SERVICIO	, 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, todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.

OBSERVACIONES:
192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 4.152.768 — CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026	Fecha: 31/07/2026  **FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JIMENEZ TOVAR YALESSA GINETH
CC: 52850578

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52850578
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YALESSA GINETH JIMENEZ TOVAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 64B BIS N° 85 - 51 APT202	TELÉFONO:	2248307
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de equipo,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1113972079**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1011003000

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
SUBTOTAL:			1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
SUBTOTAL:			1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 42.700
SUBTOTAL:			1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

Planilla Pagada