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: **JIMMY ALEXANDER CELIS LOPEZ**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1012342568**
CELULAR: **3222828440**	CORREO ELECTRÓNICO: **jimmycelis.al@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBB02 - URG OBSERVACIÓN USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **488448396272**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **4009-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **1.63**	

CDP 1	439	**FECHA**	19/03/2026	**CRP 1**	16082	**FECHA**	14/04/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	17963	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	30068	**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	**05**	**2026**	**31**	**05**	**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: SE AJUSTA A 246 HORAS Cubre los dias 10-16-20-24-28(60 HORAS) 6 horas no prestandas del dia 27 de abril • VALDACION Y APROBACION DE 246 HORAS Cubre los dias 10-16-20-24-28(60 HORAS) 6 horas no prestandas del dia 27 de abril

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 7.449.840**
VALOR EJECUTADO	$ 3.393.816
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.393.816**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	246
SALDO POR EJECUTAR	$ 4.056.024
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**45.6 %**

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
$ 992.500	$ 124.100	$ 158.800	III	$ 24.200	**$ 307.100**	1082243446

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
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
CC: 1030565725

	 _____ **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** JIMMY ALEXANDER CELIS LOPEZ CC: 1012342568

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 DE URGENCIAS**		UNIDAD: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**					
No. DE CONTRATO: **4009-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JIMMY ALEXANDER CELIS LOPEZ**		DOCUMENTO: **1012342568**					
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 (%): **45.6 %**							

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.	Se contribuyo 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.en la tención oportuna de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con base en tiempos establecidos.
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 desarrollo 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.
3, Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumplo con los estándares de producción del servicio asignado reglamento interno, código y directriz interna establecidos por la institución
4.Realizar recibo y entrega de turno con registros.	Cumplo con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades de enfermería con los pacientes a cargo en el recibimiento del turno
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Cumplo con el manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos , limpieza y desinfección de aislamiento y demás
6. Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	Cumplo con los procesos de atención de enfermería, actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos de la subred, cumplo con los instructivos y prestación de servicio a cabalidad
7.Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Presentación de informes y asistencia a capacitaciones virtuales y presenciales, programadas por la institución y la Subred norte
8. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Se asitio a las capacitaciones informadas según programacion mensual
9 Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Asistencia a las actividades programadas en el cronograma del servicio en los tiempos establecidos
10 Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Certificaciones y planillas de asistencia
10 Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional	Aplico y participo activamente en todas aquellas actividades definidas a nivel institucional para el mejoramiento acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
10. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Cumplo con diligenciar de manera completa y legible y oportuna la historia clínica y los registros institucionales dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999
11. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.	"En cada turno se socializan derechos y deberes, se brinda información a los usuarios según mis competencias"
12. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Se adopto las guias de manejo, instructivos y manuales en los procesos y procedimientos que se realizaron en atencion y el manejo del pacientes.
14. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Notificación de los Sucesos de Seguridad, infecciones intrahospitalarias.

OBSERVACIONES:

246 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA A 246 HORAS Cubre los dias 10-16-20-24-28(60 HORAS) 6 horas no prestandas del dia 27 de abril

TOTAL A PAGAR:

$ 3.393.816 — TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026	Fecha: 31/05/2026
_____ **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** JIMMY ALEXANDER CELIS LOPEZ CC: 1012342568	**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-22, 02:41:58 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1082243446

Periodo Cotización 202604 **Periodo Servicio** 202604

Cliente:

PAGADA 2026-05-22

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JIMMY ALEXANDER CELIS LOPEZ				
Documento	CC 1012342568	**Dirección**	CR 37 #13 - 132 CLAVEL 1		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222828440		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1012342568		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CELIS LOPEZ JIMMY ALEXANDER	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	17	17	17	0			$ 1.750.905	231001		16 %	$ 992.180	$ 158.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 992.180	$ 124.100	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 992.180	$ 24.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 124.100	$ 24.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 307.100

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!