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: **JIMENEZ HERRERA JOSE GREGORIO**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**73190675**
CELULAR: **3023742356**	CORREO ELECTRÓNICO: **josejimher@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESD01 - PARTOS Y CESAREAS USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **4870375658**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2083-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10958	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21431	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	769	**FECHA**	28/05/2026	**CRP 3**	22359	**FECHA**	29/05/2026
CDP 4	894	**FECHA**	22/06/2026	**CRP 4**	23995	**FECHA**	26/06/2026
CDP 5	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 5**	27062	**FECHA**	24/07/2026
CDP 6	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 6**	35205	**FECHA**	26/08/2026

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	**09**	**2026**	**30**	**09**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 17.089.380**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 94.941**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 142.981.146**
VALOR EJECUTADO	$ 124.752.474
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 18.228.672**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	180
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	$ 18.228.672
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**87.3 %**

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
$ 7.291.469	$ 1.000.000	$ 1.360.000	III	$ 194.900	**$ 2.554.900**	6033011962

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Septiembre** 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 HERRERA JOSE GREGORIO CC: 73190675

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 SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**						
No. DE CONTRATO: **2083-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	09	2026	30	09	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JIMENEZ HERRERA JOSE GREGORIO**	DOCUMENTO: **73190675**						
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 (%): **87.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Di 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	Cumplí con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute las actividades
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	Realice recibo y entrega de turno 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	Cumplí con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas Nº 9, ronda médica Nº 30, evoluciones Nº 119, procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada Histerectomías Nº 0, vulvectomia N.º 0, Partos N.º 24, Cesáreas n.º 16, Legrados obstétricos N.º 4, Legrados ginecológico N.º 0, Marsupializaciones n.º 1, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución N.º 142, ordenes médicas N.º 156, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos N.º 88, registro de pre y post operatorio Nº101, y otros según el caso. dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad N.º 6, IACS N°2, Eventos de interés en salud Pública N.º 3; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad N.º 20
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	Realice seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica N.º 67
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	Brinde 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	Aplique 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	Realice la notificación obligatoria de sucesos de seguridad N.º 3, infecciones intrahospitalarias N° 1 y demás eventos de interés en salud pública N° 1
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Registre permanentemente los sistemas de información que están a mi cargo y los mantuve al día
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Cumplí con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convocó N.º 3 y presente la certificaciones correspondiente N.º 3
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	Presente las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos N.º 2, procedimientos N.º 5, guías N.º 5, instructivos N.º 3, entrenamiento en puesto de trabajo N.º 3, manuales N°2, 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	Cumpli 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 sea requerido	Asistí a los comités intra y extrainstitucionales N.º 2, cuando sea requerido

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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	Participe 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	Cumplí con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favoreció 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	Apoye la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se me asignó 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	Cumplí con criterios de autocontrol de insumos médico 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	Aplique 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:

192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 18.228.672 — DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

Fecha: 30/09/2026

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JIMENEZ HERRERA JOSE GREGORIO
CC: 73190675

Fecha: 30/09/2026

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73190675
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE GREGORIO JIMENEZ HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 139 # 72A - 60 CASA 12	TELÉFONO:	4679155
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6033011962**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		5					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		670314247	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 40.000	$ 40.000	$ 4.700	$ 400	$ 1.360.000	$ 5.100	$ 1.365.100
SUBTOTALES:										**$ 1.360.000**	**$ 5.100**	**$ 1.365.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.000.000	$ 0	$ 3.700	$ 0	$ 1.000.000	$ 3.700	$ 0	$ 1.003.700
SUBTOTALES:													**$ 1.000.000**	**$ 3.700**	**$ 0**	**$ 1.003.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 194.900	$ 194.900	$ 800	$ 0	$ 195.700
SUBTOTALES:									**$ 194.900**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 195.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																							PENSIÓN									SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 73190675	JIMENEZ HERRERA JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 8.000.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 8.000.000	$ 1.280.000	$ 40.000	$ 40.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.360.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 8.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 1.000.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 8.000.000	73190675	$ 194.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.564.500

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
dd1fa642ab01f21ed1d4a4974a97b3ad4e4f0dbe95027c34e618cba7a04a3c6818090eaa877f8e5385b0fab718dd8e51

Número de Factura: JJFE-105
Fecha de Emisión: 20/09/2026
Fecha de Vencimiento: 20/09/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: JIMENEZ HERRERA JOSE GREGORIO
Nombre Comercial: JIMENEZ HERRERA JOSE GREGORIO
Nit del Emisor: 73190675
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: BRR ATENAS CON PLAZA VALLARTA CL 139 72 A 60 CA 12
Teléfono / Móvil: 3023742356
Correo: joseg.jimher@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009710064
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: calle 66 15-41
Teléfono / Móvil: 6014431790
Correo: facturaelectronica@subrednorte.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	85121200	Servicios de Médicos Especialistas	NIU	192,00	$ 94.941,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 18.228.672,00

Notas Finales

Factura Electrónica CSE SUBA Septiembre 2026
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
20/09/2026 09:14:42
Documento validado por la DIAN:
20/09/2026 09:14:42
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	18228672
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18228672
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	18228672
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 18228672

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	18.228.672,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18.228.672,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	18.228.672,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 18.228.672,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764113439115 Rango desde: 101 Rango hasta: 200 Vigencia: 2028-08-01