Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PATARROYO MOGOLLON JHON DAVID		137229
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1007333592
CORREO	davidpatarrollo.03@gmail.	CELULAR	3057542253
PROCESO:	GPAIS PAI COVID		
SERVICIO:	GPAIS PAI COVID	UNIDAD:	LORENCITA

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	8	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4602019406		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6088-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	583	FECHA	16/03/2021	NÚMERO DE CRP: 1	23174	FECHA	18/03/2021	
NÚMERO DE CDP: 2	912	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP: 2	31248	FECHA	26/04/2021	
NÚMERO DE CDP: 3	1120	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP: 3	33807	FECHA	25/05/2021	

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2021		31	05	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,220,000	VALOR LETRAS	

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	4,690,982
VALOR EJECUTADO:	4,690,982
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,232,372
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
990139047	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PATARROYO MOGOLLON JHON DAVID
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

AREÁ Y/O SERVICIO:		VACUNACION COVID		UNIDAD:			Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:		6088 - 2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:		1.007.333.592		1	05	2021	31	05	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PATARROYO MOGOLLON JHON DAVID
OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar de Enfermeria

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___X__ NO ____ Servicios: SI ____ NO _____

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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. 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. 1- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 2- Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC. 3- Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como apoyo a la asignación de citas a consulta, en articulación con al ruta de Promoción y Mantenimiento. 4- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 5- Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC. 6- Aplicación de los tamizajes definidos en cada línea de trabajo de los Espacios y/o procesos transversales. 7- Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas por cada Espacio y/o Proceso Transversal.	100%	Participar en capacitaciones, socializaciones y diligenciento de encuestas, quiz y módulos con temas de calidad, curso de vacunacion COVID-19. Participar en jornadas de vacunación COVID-19, realizando registro y control en la recepción de los usuarios en el UMHES SIMON BOLIVAR concerniente a la Subred Norte. Dar cumplimiento a los protocolos de la vacunacion	Actas de capacitación y soportes de realización de encuestas y módulos Seguimiento y reporte de actividades diarias
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) $ 2.232.372 00

DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PATARROYO MOGOLLON JHON DAVID

CC. 1.007.333.592

31/05/2021

Firma del supervisor:

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1007333592-	JHON DAVID PATARROYO MOGOLLON	U ☑		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	4	2021	5064633

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Carrera 3 d este # 49 67 sur	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	7711644		Davidpatarroyo.03@gmail.com	8692	0	1	2021/05/14	990139047

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS		UPC DICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP		VOL DO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	145.400	0	0	0	0		0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES M	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL
ICBF				
1	0	0	0	0
SENA				
1	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	22.200		0	0	22.200
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**		**RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	22.200		0	222	22.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA		TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VA
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	281.200	281.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información