| 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: | LEON GOMEZ JHONATAN | | 160435 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1013623529 |
| CORREO | maeloruiz667@gmail.com | CELULAR | 3504757778 |
| PROCESO: | Ambulancias y/o Secundarios | | |
| SERVICIO: | Ambulancias y/o | UNIDAD: | Engativa |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 009100744433 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2023-2021 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 321 | FECHA | 04/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 15161 | FECHA | 04/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 375 | FECHA | 15/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 2 | 20142 | FECHA | 23/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 707 | FECHA | 31/03/2021 | NÚMERO DE CRP: 3 | 27278 | FECHA | 31/03/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1128 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP: 4 | 37181 | FECHA | 27/05/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1347 | FECHA | 25/06/2021 | NÚMERO DE CRP: 5 | 41137 | FECHA | 25/06/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1559 | FECHA | 23/07/2021 | NÚMERO DE CRP: 6 | 45991 | FECHA | 23/07/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 1720 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 7 | 53316 | FECHA | 25/08/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 8 | 2038 | FECHA | 30/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 8 | 56725 | FECHA | 30/09/2021 |

OBJETO: CONDUCTOR DE AMBULANCIAS - APH

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 09 | 2021 | | 30 | 09 | 2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 1,530,222 | 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: | 15,778,855 |
| VALOR EJECUTADO: | 15,778,855 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,040,296 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 246 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 248 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1039821415 | 113,600 | 145,400 | 5 | 0 | 0 | 259,000 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

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

IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEON GOMEZ JHONATAN
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 2 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA: 2 de 1 |
| | | FECHA: 30/10/2018 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 15). Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | | y/o novedades generadas por el CRUE | |
| 16). Reportar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 17). Apoyar con la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones. 18). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos de el SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | 100% | Todos los desplazamientos son reportados de manera oportuna según procedimiento de radio comunicaciones | Bitácora de entregas de turno y novedades del vehículo |
| 19). Registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo. 20). Verificación pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial. | 100% | Son reportados los kilometrajes de los vehículos según programación establecida por los gestores externos | Bitácora del vehículo y grupos institucionales de whatsapp |
| 21). Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E. | 100% | Se realizaron las actividades requeridas para el correcto funcionamiento de la operación de APH | Bitácora del vehículo y grupos institucionales de whatsapp |
| TOTAL DE EJECUCIÓN: | **100%** | | |

OBSERVACIONES: Ok, verificado contra horas efectivamente operativas, 248 horas certificadas

Total a pagar (número y letras): **($2040296) DOS MILLONES CUARENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

| | |
|---|---|
| **GOMEZ JHONATAN LEON**<br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>**C.C: 1013623529** | Fecha: 30/09/2021<br>Firma de recibido supervisor: |

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-09-17, 11:30:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1039821415

**Periodo Cotización:** agosto de 2021 **Periodo Servicio:** agosto de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8854319380

**PAGADO 16/09/2021**

## I. DATOSDEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JHONATAN LEON GOMEZ | | |
| **Documento** | CC1013623529 | **Dirección** | DG 50A SUR #24 - 45 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3058785494 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | SLN | INT | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días ARP | Días EPS | Días APP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1013623529 | JHONATAN LEON GOMEZ | 00 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (CC0201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 | $ 0 | $ 259.000 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.