Periodo: Septiembre 2021

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

Nro. Contrato	Tipo Documen	Documento	Contratista	Cargo	Centro Costos	Nro. Cuenta Bancaria	Dias	Hora1	Hora2	Event o1	Event o2	Valor Certificado	Saldo	Orden Pago
				ESPECIALISTA - NEONATOLOGO										
3795-2021	Cedula de Extranjeri	433139	ZEPEDA ARTERO NESTOR MANOLO	MEDICO GENERAL	A00	473870220448		180	0			6,108,480	0	SI
3866-2021	Cedula	1001215936	RODRIGUEZ BERNAL JUAN DAVID	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	384151239		186	0			1,747,842	0	SI
3868-2021	Cedula	1014213282	CORTES DIAZ DIEGO FERNANDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	0021305206		162	0			1,522,314	0	SI
3870-2021	Cedula	1121887030	FLECHAS MARTINEZ CRISTINAN SNEIDER	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	488414007713		162	0			1,944,000	487,200	SI
3872-2021	Cedula	1015449246	ESPITIA ARIZA ANGIE	ENFERMERO (A)	A00	488411036368		103	0			3,296,000	4,098,072	SI
3873-2021	Cedula	1013658333	CASTEÑADA MARTINEZ VIVIANA	ENFERMERO (A)	A00	12121145519		240	0			4,254,240	0	SI
3880-2021	Cedula	35378698	ACOSTA BEDOYA MARIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	488418600984		186	0			1,747,842	0	SI
3881-2021	Cedula	1000850350	ARRIGUI AVILA LIZETH MAYERLI	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	15413755147		161	0			1,512,917	347,689	SI
3882-2021	Cedula	1010210119	CABRERA MUÑOZ SAMMY DAYVE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	24040864741		174	0			1,635,078	0	SI
3887-2021	Cedula	53105628	QUIROGA GARZON MARIA CLAUDIA	MEDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGO	A00	6400576036		264	0			20,988,000	0	SI
3913-2021	Cedula	1082691837	CORTES SANCHEZ CARLOS ANDRES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	24082485337		186	0			1,747,842	2,950,854	SI
3918-2021	Cedula	60411026	GOMEZ DIANA JOSEFINA	ENFERMERO (A)	A00	456400076778		186	0			3,297,036	0	SI
3924-2021	Cedula	1016063696	CARABALLO BONILLA WENDY LISSETE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	053991191		204	0			1,916,988	0	SI
3949-2021	Cedula	52887905	ALGARRA AGUILLON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	24093113308		186	0			1,747,842	0	SI
3965-2021	Cedula	1056956067	MARTINEZ FORERO ANGELA NATALIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00	474700030056		186	0			1,747,842	0	SI

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
65761741
Supervisor
06/10/2021 08.24.23

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:	FLECHAS MARTINEZ CRISTINAN SNEIDER		160378
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1121887030
CORREO	flechasmartinez@gmail.com	CELULAR	3187791992
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Simon Bolivar

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	488414007713		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3870-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	182	FECHA	22/01/2021	NÚMERO DE CRP: 1	12396	FECHA	24/01/2021
NÚMERO DE CDP: 2	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 2	25207	FECHA	31/03/2021

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
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	2,232,000	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:	7,291,200
VALOR EJECUTADO:	6,804,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,944,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	162
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	487,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	93.32 %

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
53529143	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

FECHA: 9/11/2021, MOTIVO: NO ASISTE 5,11, DESCUENTO: 24 HORAS, REPORTA: JEFE ALBA CERTIFICACION UMHES SIMÓN BOLÍVAR

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,

1121887030
cristian Flechas m

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FLECHAS MARTINEZ CRISTINAN SNEIDER
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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA				UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR		
No. DE CONTRATO: 3870 - 2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1121887030		01	09	2021	30	09	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: FLECHAS MARTINEZ CRISTINAN SNEIDER

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO __X__ Servicios: SI ___X_ 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.	% 100	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.	Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE
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.	% 100	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.	Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales.	% 100	3. Cumplo con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo.	Entregas de turno realizadas y registradas en el mes de
4. Cumplimiento manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás	% 100	4. Realizar el proceso de limpieza y desinfección terminal y rutinaria de su área asignada	Realizo el proceso de limpieza y desinfección terminal. Y el proceso de limpieza y desinfección rutinaria
5. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	% 100	5. Realizar el registro clínico de la totalidad de los ítems que así lo requiera la historia clínica sistematizada (SERVINTE) en el 100% de los pacientes a cargo: % de cumplimiento	0 firmas pendientes en SERVINTE (entregar pantallazo)
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	% 100	6. Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí a capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia
7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	% 100	7. Informar al usuario y su familia, consignando en la historia clínica lo notificado al paciente y/o acompañante	0 de quejas, peticiones y reclamos.
TOTAL DE EJECUCIÓN:			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1944000)UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS

1727887030

FLECHAS MARTINEZ CRISTINAN SNEIDER

CC1121887030

Fecha: 30 / 09 / 2021

Firma de recibido supervisor:

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121887030	CRISTHIAN SNEIDER FLECHAS MARTINEZ	Calle 60 sur 22b 55	3045823228	flechasmartinez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	I	24/09/2021	53529143	$281.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

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