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:	RAMOS GONZALEZ RAUL		160883
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79491586
CORREO	raulramosganzalez70@gmail	CELULAR	3166421209
PROCESO:	Mantenimiento e Infraestructura		
SERVICIO:	Mantenimiento e	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24101702205		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1033-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	185	FECHA	22/01/2021	NÚMERO DE CRP: 1	13589	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	369	FECHA	11/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	18406	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	603	FECHA	23/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	23768	FECHA	23/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	804	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 4	28797	FECHA	23/04/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1119	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP: 5	33698	FECHA	25/05/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1350	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 6	42234	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1564	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 7	48867	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 8	1718	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 8	53623	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2037	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 9	59161	FECHA	30/09/2021

OBJETO: AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

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

TIPO SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,591,974	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:	12,775,441
VALOR EJECUTADO:	12,775,441
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,591,974
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
1040546019	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

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

ALVAREZ PUENTELIA MARGARITA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RAMOS GONZALEZ RAUL
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: MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA					UNIDAD: UMHES SIMON BOLIVAR		
Nº DE CONTRATO: 1033-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 79'491.586		1	9	2021	30	9	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAÚL RAMOS GONZÁLEZ

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

El resultado del cumplimiento del contrato es: **Productos:** SI ____ NO ____ **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. Realizar directamente tareas operttivas, de mejoramiento del ambiente fisico, contribuyendo continuo mejoramiento de la infraestructura de la institucion.	Entregar soportes de actividades operativas de adecuaciones, mantenimientos correctivos, preventivos y predictivos
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. Ejecutar directamente acciones, trasadas de acuerdo a las estrategias definidas por la institucion para mantenimiento y mejoras del sistema unico de acreditacion	Entregar soportes de actividades operativas de adecuaciones, mantenimientos correctivos, preventivos y predictivos
3. Adherirse a las políticas institucionales; (humanización del servicio, seguridad del paciente, buenas prácticas de seguridad industrial y gestión del riesgo ocupacional que garanticen la confiabilidad de la infraestructura y el adecuado soporte de los equipos de apoyo en la prestación de los servicios de salud,	100%	3. Realizar directamente tareas operttivas, de mejoramiento del ambiente fisico, contribuyendo continuo mejoramiento de la infraestructura de la institucion.	Entregar soportes de actividades operativas de adecuaciones, mantenimientos correctivos, preventivos y predictivos
4. Coadyuvar en la el control y optimización de los recursos fisicos de la institución, recursos naturales no renovables, vigilando y minimizando riesgos y reduciendo costos en la operación que causas técnicas se presenten en el hospital utilizando criterios de calidad, racionalidad y especificaciones técnicas	100%	4. Se realiza de forma acorde y dirigente uso de los recuross y así mismo el manejocorrecto de residuos resultantes de las actividades que estoy desarrollando para cada de las obras de Mantenimiento correctivo	Se evidencia con la adecuada clasificación de los residuos concordante con la norma ambiental en el Áreadestinada para tal fin
5. Disponibilidad para la atención de contingencias y/o para ejecutar las actividades técnicas directamente si así se requieren, para garantizar la continuidad de los servicios de salud en situaciones de emergencia.	100%	5. He estado atento para atender cualquier situación de emergencia que requiera la Subred de acuerdo a mi capacidad y conocimiento.	Lo evidencio con la oportunidad de atención que se presenta de acuerdo a la situación

RAÚL RAMOS GONZÁLEZ

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
6. Ejecutar las demás actividades que sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del cargo.	100%	6. Se desarrollaron actividades de acuerdo a las necesidades del servicio, como son: 1. UCI NEUROLÓGICO 2 do piso: Pintura en general muros y cielo rasos . Aseo y limpieza en general. Separar materiales biodegradables. 2. HOSPITALIZACION 7 PISO PEDIATRÍA: Pintura en general muros y puertas (Resane) . Aseo y limpieza en general. Separar materiales biodegradables. 3. Organización de material de activos fijos y zona reciclable. 4. Elaboración polisombra en ÁREA de Taller de Ornamentación con su resptiva organización de elementos.	Se evidencia los trabajos
TOTAL DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.591.974)

RAUL RAMOS GONZALEZ
C.C. N°79'491.586
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: / / /

Firma de recibido supervisor: _____

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

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2021-09-21, 10:54:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: agosto de 2021 **Periodo Servicio:** agosto de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8863765220

Fecha límite de pago: 2021-09-20

GUARDADA 20/09/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RAUL RAMOS GONZALEZ				
Documento	CC79491586	**Dirección**	CL 13A #31 B - 26 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3166421209		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ATP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 79491586	RAMOS GONZALEZ RAUL	69	00																0	30	30	30	0	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	ARL SURA	$ 908.526	$ 22.200	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora: 14

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerias Cafam-Colsubsidio-

8888637652200000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8863765220(3900)0000000(96)20991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.

Líneas 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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!