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:	RAIGOSO HORTUA FREDY YESID		160730
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032377965
CORREO	fredyraigoso8609@gmail.	CELULAR	3162587207
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios		
SERVICIO:	Ambulancias y/o	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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3705-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1465	FECHA	13/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45817	FECHA	19/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1719	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50130	FECHA	25/08/2021

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA - AMBULANCIAS SECUNDARIAS

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	1,747,842	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:	4,253,082
VALOR EJECUTADO:	3,946,740
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,747,842
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	306,342
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	92.80 %

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
53339309	113,600	145,400	5	0	0	259,000
	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,

HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RAIGOSO HORTUA FREDY YESID
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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **Fredy Yesid Ralgoso Hortua**, identificada con **CC** número **1032377965**, aportó por el empleado **Fredy Yesid Ralgoso Hortua**, identificado(a) con **CC** número **1032377965** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **53339309** para el periodo de salud **2021-08** y pensiones **2021-08** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	DIAS COTIZADOS	DIAS INCAPACIDAD	DIAS LICENCIA	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	RIESGO TARIFA PENSION	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXCLUIDO
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	3	0															0	30		$908.526	0,16000			$145.400	$0	$0	Agosto - 2021	53339309	15/09/2021	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	3	0															0	30		$908.526	0,12500			$113.600	$0	$0	Agosto - 2021	53339309	15/09/2021	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 15 días del mes Septiembre de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

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: **AMBULANCIAS SECUNDARIAS**		UNIDAD:			**CALLE 80**		
No. DE CONTRATO: **8705-2021**	Periodo certificado:	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: **1032377965**		**01/09/2021**			**30/09/2021**		

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RAIGOSO HORTUA FREDY YESID**

OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA - SECUNDARIOS**

El resultado del cumplimiento del contrato es: Producto: 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%	Lectura de los documentos del Sistema único de habilitación y Sistema único de acreditación, para garantizar la calidad en el desarrollo de sus actividades.	Asistencia a las socializaciones citadas por la subred norte (Firma planilla de asistencia).
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%	. Lectura y adherencia a los instructivos de información. . Notifico sucesos de seguridad del paciente. . Brindo trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia en el periodo.	. Asistencia a las socializaciones citadas por la subred norte (Firma planilla de asistencia). . Aplicación de instructivos para la mejora del sistema de acreditación centrada en el usuario y en la responsabilidad social.
3) Cumplir con las jornadas establecidas según cuadro de los mismos. Recibo y entrega de turno	100%	Reportarse al ingreso y egreso del turno de acuerdo a las jornadas preestablecidas.	Dos reportes diarias por jornada
4) Realización de los registros de enfermería cumpliendo con la resolución 1995/99. Realizar notas de enfermería correspondientes a los pacientes trasladados. Realizar la atención del paciente teniendo en cuenta la privacidad.	100%	Registro de cada uno de los traslados realizados con anotaciones de enfermería durante el mismo.	Entrega de HC de cada uno de los traslados
5) Realización de inventarios según protocolos de la institución – aseo y desinfección de ambulancias.	100%	Se realizó limpieza y desinfección de la ambulancia y los equipos posterior a la realización de valoraciones y/o traslados, revisión diaria de equipos e insumos	Entrega de reportes mensuales de los inventarios o en el momento que sean requeridos
6) Velar por el mantenimiento y cuidado de los equipos. 7) Cumplir las normas de bioseguridad.	100%	Se realizan pruebas de funcionamiento a los equipos biomédicos al inicio de cada turno.	Reporte de los equipos estado y y necesidades
8) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de la atención al usuario. 9) Procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de actividades de enfermería y de Atención pre hospitalaria	100%	Todas las valoraciones y/o atenciones realizadas en la ambulancia fueron registradas y ejecutadas según lo establecido por los protocolos de atención pre hospitalaria.	Seguimiento en la Historias de la aplicación de protocolos guías e instructivos
10) en caso de encontrarse la ambulancia en el taller apoyar en U.S.S. que lo requiera la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	100%	Aprovisionamiento de insumos utilizados en las valoraciones y/o traslados, verificación de las fechas de vencimiento tanto de los medicamentos como de los insumos de la ambulancia.	Verifico y reporto fecha de vencimiento tanto de los medicamentos como de los insumos de la ambulancia.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un millón setecientos cuarenta y siete mil ochocientos cuarenta y dos pesos MCT ($1,747,842)

RAIGOSO HORTUA FREDY YESID NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C.C: 1032377965	Fecha: 30/09/2021 Firma de recibido supervisor: HARVEY NEUTA

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