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:	BAQUERO VILLALOBOS ANDRES FELIPE		164005
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1012403658
CORREO	andresbaquero26@hotmail.	CELULAR	3115454671
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	488411051078		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1483-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	14232	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	19755	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	27350	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	801	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 4	29680	FECHA	23/04/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 5	35041	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 6	42504	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1559	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 7	47017	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 8	1720	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 8	54357	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2038	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 9	56451	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 10	2266	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 10	61781	FECHA	27/10/2021

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR DE

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2021		31	10	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,469,150	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:	23,288,430
VALOR EJECUTADO:	22,491,930
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,787,750
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	240
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	210
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	796,500
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.58 %

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
7810820847	123,500	158,100	5	0	0	281,600

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

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Octubre 2021

HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andres F. Baquero V.
BAQUERO VILLALOBOS ANDRES FELIPE
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.

Escaneado con CamScanner

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	PÁGINA : 1 DE 1
	JURIDICA	FECHA: 30/10/2018

AREÁ Y/O SERVICIO: **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**			UNIDAD:		Simón Bolivar			
No. DE CONTRATO: **1483-2021**	Periodo certificado:	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
DOCUMENTO: **1012403658**		01/10/2021			31/10/2021			

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **BAQUERO VILLALOBOS ANDRES FELIPE**

OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO **CONDUCTOR DE AMBULANCIA**

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 nort (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 responsabilida social
3. Transporte de pacientes.	100%	Se realizaron los traslados requeridos a las instituciones ordenadas.	Realizo el traslado de pacientes a cada una de las unidades de la subred norte.
4. Mantener la ambulancia en perfecto estado de aseo, funcionamiento, prestación y conservación. 5) Solicitud de vales	100%	Se realiza aseo al exterior y cabina de la ambulancia, se informan novedades de funcionamiento del vehículo, registro de novedades en la bitácora de conductores.	Entrego en cada uno de los turnos la móvil aseada en el exterior e informo sobre novedades de este.
6. Registro en el libro de novedades cuando la ambulancia esta en el taller.	100%	Registro de novedades en la bitácora de conductores de los ingresos del vehículo a taller.	Registro el ingreso del vehículo al taller cuando presento fallas o requería mantenimiento.
7. Informar oportunamente a la oficina encargada del mantenimiento y/o reparación del vehículo, todo tipo de fallas, en caso de ser necesario estar pendiente en el taller. 8. Reportar oportunamente en la coordinación el mantenimiento preventivo para el envío del ambar.	100%	Se reporto a la coordinación de ambulancias oportunamente de las fallas o novedades presentadas por la ambulancia.	Reporto a la coordinación el mantenimiento preventivo de vehículo, e informo las irregularidades cuanto este las presento.
9. Reportar todo inicio de desplazamiento.	100%	Los desplazamientos fueron registrados en la bitacora de movimientos por ambulancia.	Reporto el inicio y finalización de cada traslado.
10. Diligenciar o velar por el diligenciamiento continuo de bitácora, acatar instrucciones de radio y superiores.	100%	Los desplazamientos fueron registrados en la bitacora de movimientos por ambulancia.	Acato las instrucciones del coordinador en cada uno de los traslados realizados.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS. ($2,787,750)**

Andrés. F Baquero V.

BAQUERO VILLALOBOS ANDRES FELIPE
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
C.C: 1012403658

Fecha: 31/10/2021
Firma de recibido supervisor: _____
HARVEY NEUTA

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

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012403658
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES FELIPE BAQUERO VILLALOBOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL58CSUR#86A21	TELÉFONO:	7836968
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades especializadas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7810820847**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/10/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1163192534

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 158.100
SUBTOTAL:			1	**$ 158.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 123.500
SUBTOTAL:			1	**$ 123.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 281.600**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada