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:	MARTINEZ ESGUERRA JHON FREDDY		163933
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1033721425
CORREO	jfme1990@gmail.com	CELULAR	3194116167
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Chapinero

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	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8741-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1477	FECHA	15/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45845	FECHA	21/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1721	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50162	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2040	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 3	58587	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2268	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60659	FECHA	27/10/2021

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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	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:	5,243,526
VALOR EJECUTADO:	5,017,998
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,522,314
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	162
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	225,528
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	95.70 %

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
9424883388	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

HORAS A DESCONTAR: 24 NO ASISTE 9,23, MOTIVO: PERSONAL, REPORTA: JEFE ALBA
CERTIFICACIÓN UMHES SIMÓN BOLÍVAR
Convenio 018-2021

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,

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

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jhon freddy martinez E.
MARTINEZ ESGUERRA JHON FREDDY
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA				UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO: 8741-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
DOCUMENTO: 1033721425		01	10	2021	31	10	2021	

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARTINEZ ESGUERRA JHON FREDDY

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.	15 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	1 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 2 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 ($$ 1.522.314)UN MILLON QUINIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS

Jhon freddy martinez E. MARTINEZ ESGUERRA JHON FREDDY CC1033721425	Fecha: 31 / 10 / 2021 Firma de recibido supervisor:

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

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033721425		MARTINEZ ESGUERRA JHON FREDDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6Z sur # 44A - 10 apto 404	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2005390	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	24883388	9424883388	I	2021/10/07	2021/10/14	BANCO AV VILLAS	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

Escaneado con CamScanner

8741
1633732

Escaneado con CamScanner