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:	DELGADO BOADA CAMILO ANDRES		167791
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1016074826
CORREO	masajuca@gmail.com	CELULAR	3208857060
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4527-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	490	FECHA	25/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	21169	FECHA	03/03/2021
NÚMERO DE CDP: 2	804	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 2	29030	FECHA	23/04/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1119	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP: 3	34075	FECHA	25/05/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1350	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 4	42374	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1564	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 5	49490	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1718	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 6	50460	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 7	2037	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 7	59300	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 8	2264	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 8	62918	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2445	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 9	66207	FECHA	22/11/2021

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ATENCION AL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2021		30	11	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,592,904	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:	16,560,704
VALOR EJECUTADO:	14,967,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,592,904
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,592,904
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	90.38 %

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
104096182	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,

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

FANNY LUCIA RUGELES DE HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DELGADO BOADA CAMILO ANDRES
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

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	NFORME 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: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				UNIDAD:		Usaquén		
No. DE CONTRATO:	CPS 4527-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:	1016074826		01	11	2021	30	11	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CAMILO ANDRES DELGADO BOADA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO 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 ____ 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%	Se cumple con las obligaciones como auxiliar administrativo frente a la satisfacción de los usuarios, siguiendo los principios del manual del servicio al ciudadano	Prestación del servicio con garantía de calidad.
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%	Se cumple con las obligaciones como auxiliar administrativo frente a la satisfacción de los usuarios, siguiendo los principios del manual del servicio al ciudadano	Un trato digno y humanizado manteniendo una comunicación asertiva, clara y de respeto.
3. Se asiste a capacitaciones, inducciones para retroalimentación y mejoras de la atención	100%	se asiste a charla de humanizacion con el señor mauricio	Conocimiento de los diferentes canales de atención para el buen desarrollo de la operación, Y explicacion acerca de salud y seguridad en el trabajo
4. Desarrollo de comunicación de llamadas agendamiento para vacuna covid a funcionarios de la Subred Norte, usuarios capital salud y otras eps	100%	Se presta un servicio de calidad y humanizado a todos los usuarios siguien el manual del servicio al ciudadano	Se cumple con la meta establecida de asignamiento de vacunas
5. Apoyo en el punto de clinica mental fry bartolome de las casas, orientando e informando a los usuarios que llegan a cumplir o a solicitar una cita por consulta externa	100%	Se presta un servicio de calidad y humanizado a todos los usuarios siguien el manual del servicio al ciudadano	Se orienta a los usuarios para un proceso mas agil y humanizado
6. ingreso a listas de espera para terapias fisicas y de otras especialidades	100%	re registran los usuarios en una lista de espera para ser agendados en los proximos dias	se cumple con la directriz de agregar a los usuarios a la lsita de espera
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: UN MILLÓN QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS M/CDTE ($1.592.904)

CAMILO ANDRES DELGADO BOADA
C.C 1016074826

Fecha : 30/11/2021

Firma de recibido supervisor:

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

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2021-11-23, 12:40:24 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040968182 **Referencia pago(PIN)** 8840946230

Periodo Cotización 202110 **Periodo Servicio** 202110

Cliente:

PAGADA 2021-11-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO ANDRES DELGADO BOADA				
Documento	CC 1016074826	**Dirección**	TV 88 #19 A - 60 INT 2 APTO 703		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208857060		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1016074826		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					DELGADO BOADA CAMILO ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
INU	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apo ICI
															0	30	30	30	0			$ 908.525	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

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!

¡El Pode de lo SIMP

Escaneado con CamScanner