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:	FERNANDEZ DIAZ LUIS DIEGO		170150
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019143391
CORREO	fernandezdiazld@gmail.com	CELULAR	3106491335
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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8638-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1418	FECHA	07/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44092	FECHA	09/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1721	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50279	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2040	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 3	58548	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2268	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60626	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2447	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	65016	FECHA	22/11/2021

OBJETO: ENFERMERO (A)

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	3,297,036	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:	20,065,832
VALOR EJECUTADO:	14,783,484
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,297,036
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	5,282,348
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	73.67 %

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
54645271	164,900	211,100	3	32,200	0	408,200
	0	0		0	0	

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 Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



FERNANDEZ DIAZ LUIS DIEGO
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: PISO HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICA					UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR	
No. DE CONTRATO: 8638-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1019143391		01	11	2021	30	11	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: FERNANDEZ DIAZ LUIS DIEGO

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) 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%	Se realizan en el mes de recibos y entrega de turno de enfermería en el servicio	Diligencié 16 libros de recibo y entrega de turno completamente diligenciado, Con fechas nombres y apellidos de quien entrega y recibo
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	100%	Se realizó el Formato con visto bueno de cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares	16 asignaciones de actividades del mes
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	100%	Realizar el registro clínico del plan de cuidado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada	Elabore 30 planes de cuidado de enfermería, durante el mes. Realicé 2 auditoria de historias clínicas de manera aleatoria, verificando el cumplimiento, por parte de la referencia y/o el área de calidad.
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	100%	Solicitud incidencias RUN en mesa de ayuda	Se realizaron 0 soportes de RUN y/o Mesa de ayuda de lo solicitado en el mes.
7. cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades: Revisión de carro de paro, limpieza y desinfección del servicio	100%	Realizar la revisión de carro de paro los primeros 5 días del mes, realizar supervisión a los procesos de limpieza y desinfección tanto rutinaria como terminal, diaria y semanalmente.	Presente 0 informes de revisión mensual de carro de paro con firma de recibido por regente de farmacia; 1 cronogramas del mes de limpieza y desinfección completamente diligenciado y firmado.
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	100%	Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Presenté 0 informes, solicitudes y peticiones entregados a referencia.
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100%	Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí a 2 capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia
TOTAL, DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES: 186

TOTAL, A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3297036) TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TREINTA Y SEIS PESOS

FERNANDEZ DIAZ LUIS DIEGO
CC: 1019143391

Fecha : ___30___/____11____/____2021_____

Firma de recibido supervisor: ELIANA MARIA MOLANO SILVA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019143391	LUIS DIEGO FERNANDEZ DIAZ	av caracas # 54-31	6243135	ferandezdiazld@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-10	2021-10	I	10/11/2021	54645271	TOTAL A PAGAR	
					$408.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	164.900	0		0		0	0	0	0	164.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	211.100	0	0	0	0	0	0		211.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	32.200				32.200	0	0	32.200			322	32.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	164.900	164.900
Pensión	1	211.100	211.100
Riesgos Laborales	1	32.200	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	408.200	408.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

8638
17450

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019143391	LUIS DIEGO FERNANDEZ DIAZ		av caracas # 54-31	6243135	ferandezdiazld@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	10/11/2021	54645271	$408.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Estudiante	Colombiano, viajando	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019143391	FERNANDEZ DIAZ LUIS DIEGO	59	0				N																230301	1.318.814	211.100	0	0	0	0	EPS008	1.318.814	164.900	14-11	1.318.814	3	32.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información