Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CASTILLO DEL VALLE DARWIN RAMON			194469
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1234890369	
CORREO	castillodarwin@gmail.com	CELULAR	3022896979	
PROCESO:	UCI Adultos			
SERVICIO:	UCI Adultos	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:	2369-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	380	FECHA	31/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	13103	FECHA	01/02/2022

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2022		30	04	2022
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:	19,226,262
VALOR EJECUTADO:	5,130,762
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:	14,095,500
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	26.69 %

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
1044677211	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	0	0		0	0	

UMHES SIMON BOLIVAR

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 Abril 2022

HERNANDEZ GARCIA JUAN SEBASTIAN

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



CASTILLO DEL VALLE DARWIN RAMON

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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-T-F-50-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 30/1 /2018

UNIDAD: **UMHES SIMÓN BOLÍVAR**

ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION

	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO: 2369-2022		01	04	2022	30	04	2022
DOCUMENTO: 1234890369							

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASTILLO DEL VALLE DARWIN RAMON

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.	entregas de turno realizadas y registradas en el mes
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	Realizo procesos de limpieza y desinfección terminal. procesos 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: 100% de cumplimiento	0 firmas pendientes en SERVINTE
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100%	6. Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí a 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 quejas, peticiones y reclamos.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES: 186 HORAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1747842) UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

CASTILLO DEL VALLE DARWIN RAMON.
CC 1234890369

Fecha: 30 / 04 / 2022

Firma de recibido supervisor: JUAN SEBASTIAN [illegible] NANDEZ GARCIA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2022-04-19, 03:09:06 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1044677211 **Referencia pago(PIN)** 8847515360

Periodo Cotización 202203 **Periodo Servicio** 202203

Cliente:

PAGADA 2022-04-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DARWIN RAMON CASTILLO DEL VALLE	**Dirección**	CL 154A #113 B - 11		
Documento	CC 1234890369	**Teléfono**	3022896979		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Identificación**			
Representante Legal					

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1234890369		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTILLO DEL VALLE DARWIN RAMON	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			
ING	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	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.000.000	230301		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	NIN-CC	0 %	$ 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	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	$ 309.400
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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 Poder de lo SIMPLE!

Periodo: Abril 2022

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

Nro. Contrato	Tipo Documen	Documento	Contratista	Cargo	Centro Costos	Dias	Hora1	Hora2	Event o1	Event o2	Valor Certificado	Saldo	Factura	Orden Pago
2358-2022	Cedula	1020825568	AGUILAR MENDEZ KAREN DAYANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		138	0			1,296,786	15,223,140		SI
2359-2022	Cedula	1003196876	MONSALVO OVIEDO KAREN LORENA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		180	0			1,691,460	14,433,792		SI
2360-2022	Cedula	52985703	GOMEZ PACHON JEIMY JOHANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	13,982,736		SI
2361-2022	Cedula	1076656894	CHACON FORERO SINDY CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		270	0			2,537,190	11,877,808		SI
2363-2022	Cedula	1019054290	FORERO CORTES DIANA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		234	0			2,198,898	12,404,040		SI
2364-2022	Cedula	1020783569	BERMUDEZ BEJARANO DIANA PAOLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		174	0			1,635,078	14,321,028		SI
2365-2022	Cedula	39574092	NARANJO ROMERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	14,095,500		SI
2366-2022	Cedula	1023031500	BLANDON GUAMAN OSCAR ALEJANDRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	14,208,264		SI
2367-2022	Cedula	1111203965	VELOSA TORO JULIANA ANDREA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		240	0			2,255,280	12,798,714		SI
2369-2022	Cedula	1234890369	CASTILLO DEL VALLE DARWIN RAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	14,095,500		SI
2370-2022	Cedula	1033810342	LEYVA BOLIVAR DARLY JULIETH	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		174	0			1,635,078	14,321,028		SI
2371-2022	Cedula	53125109	ORTEGON MONROY YUDY ADRIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	13,306,152		SI
2373-2022	Cedula	1016040711	PARRA ANGARITA AURA CRISTINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	13,982,736		SI
2375-2022	Cedula	51893206	PISMAG CUEVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,747,842	14,161,279		SI
2376-2022	Cedula	1013654586	RIVERA ARISTIZABAL KEVIN STIVENN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		264	0			2,480,808	13,869,972		SI
2377-2022	Cedula	1003853637	MOSQUERA MOSQUERA LUZ YIRLEZA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		270	0			2,537,190	12,404,040		SI

HERNANDEZ GARCIA JUAN
80843578
Supervisor
27/04/2022 17.03.23