| 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: | HENAO BOLAÑOS LEONARDO ANTONIO | | 206751 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1033810634 |
| CORREO | HENAO1328@OUTLOOK. | CELULAR | 3136178403 |
| PROCESO: | Hospitalización | | |
| SERVICIO: | Hospitalización | 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 | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 488406789039 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2081-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 380 | FECHA | 31/01/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 13892 | FECHA | 17/02/2022 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 06 | 2022 | | 30 | 06 | 2022 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | | |
| VALOR MES | 1,800,294 | 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: | 7,318,962 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,567,998 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 162 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 11,907,300 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 38.07 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9435203401 | 125,000 | 160,000 | 3 | 24,400 | 0 | 309,400 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

MOTIVO DE AUSENCIA: PERSONAL, Nº DE HORAS A DESCONTAR: 24, FECHA DE AUSENCIA: 12 Y 18 DE JUNIO, REPORTA: JEFE ALBA - CERTIFICADO 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 Junio 2022

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HENAO BOLAÑOS LEONARDO ANTONIO
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP CT-F-50-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/0 /2022 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN | | | UNIDAD: | UMHES SIMÓN BOLÍVAR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 2081-2022 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS | | 01 | 06 | 2022 | 30 | 06 | 2022 |

NOMBRE DEL CONTRATISTA: HENAO BOLAÑOS LEONARDO ANTONIO — DOCUMENTO: 1033810634

**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 con las necesidades de la institución.**

TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 87 %

| ACTIVIDADES CONTRATADAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 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. | 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. |
| 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. | 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. |
| 3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales. | 3. Cumplo con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo. |
| 4. Cumplimiento manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás | 4. Realizar el proceso de limpieza y desinfección terminal y rutinaria de su área asignada |
| 5. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 | 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 |
| 6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional | 6. Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas |
| 7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | 7. Informar al usuario y su familia, consignando en la historia clínica lo notificado al paciente y/o acompañante |

**OBSERVACIONES: Se solicitan 186 horas para el mes de junio y ejecuta 162 horas**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1567998) UN MILLÓN QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS**

HENAO BOLAÑOS LEONARDO ANTONIO
CC 1033810634

Fecha: 30 / 06 / 022

Firma de recibido supervisor: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS

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

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 1033810634 | | HENAO BOLAÑOS LEONARDO ANTONIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 100 nro 69 48 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7855495 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-05 | 2022-05 | 1000000041 | 9435203401 | I | 2022/06/08 | 2022/06/15 | BANCO BOGOTA | 0 | $309,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $24,400 | $0 | $0 | $24,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $24,400 | $0 | $0 | $24,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$309,400** | **$0** | **$0** | **$309,400** |



2022/06/15 11:17 AM

15362 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

# CERTIFICACION DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

Periodo: Junio 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1584-2022 | Cedula | 30237694 | MONJE CARDONA ISABEL CRISTINA | MEDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | A00 | | 84 | 0 | | | 6,878,340 | 14,324,310 | | SI |
| 1945-2022 | Cedula | 1023036317 | AGUIRRE DIAZ YURANY PAOLA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 186 | 0 | | | 1,800,294 | 9,987,474 | | SI |
| 2081-2022 | Cedula | 1033810634 | HENAO BOLAÑOS LEONARDO ANTONIO | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 162 | 0 | | | 1,567,998 | 10,107,006 | | SI |
| 2224-2022 | Cedula | 1193569991 | QUINTANA VARGAS SILVIA ROSA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 164 | 0 | | | 1,587,356 | 9,943,882 | | SI |
| 2233-2022 | Cedula | 52589370 | RIAÑO MORENO SANDRA ESPERANZA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 178 | 0 | | | 1,722,862 | 8,673,586 | | SI |
| 2274-2022 | Cedula | 52864047 | SANCHEZ DELGADO ANDREA PAOLA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 36 | 0 | | | 348,444 | 12,318,712 | | SI |
| 2289-2022 | Cedula | 1012384227 | SUAREZ CRIALES ENLLI YERANDIN | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 186 | 0 | | | 1,800,294 | 10,772,892 | | SI |
| 2323-2022 | Cedula | 51907204 | VILLADA ECHEVERRI MARTHA LILIANA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 186 | 0 | | | 1,800,294 | 12,915,408 | | SI |
| 2909-2022 | Cedula | 80230694 | GONZALEZ MARCA RONALD ANDRES | MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA | A00 | | 216 | 0 | | | 17,773,128 | 0 | | SI |
| 2929-2022 | Cedula | 1032395066 | CALDERON CARDENAS JUAN SEBASTIAN | MEDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | A00 | | 150 | 0 | | | 12,282,750 | 0 | | SI |
| 3083-2022 | Cedula | 52957646 | GUTIERREZ RODRIGUEZ ERIKA PAOLA | MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA | A00 | | 22 | 0 | | | 1,801,470 | 3,035,310 | | SI |

VARGAS WENDEUS LILIANA
39774205
Supervisor
27/07/2022 09.53.41

27-07-2022