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:	PUENTES CAMILO ANDRES		215704
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79743798
CORREO	C.ANDRESJF@HOTMAIL.CO	CELULAR	3106081600
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	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488411095414		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5283-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1644	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 1	27348	FECHA	29/06/2022	
NÚMERO DE CDP: 2	2043	FECHA	29/07/2022	NÚMERO DE CRP: 2	31755	FECHA	30/07/2022	
NÚMERO DE CDP: 3	2082	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 3	34512	FECHA	16/08/2022	

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,395,988	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:	8,544,744
VALOR EJECUTADO:	6,791,976
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,176,892
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	174
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,752,768
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	79.49 %

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
61090894	180,800	231,400	3	35,300	0	447,500
	0	0		0	0	

SE DESCUENTAS 12 HORAS, MOTIVO DE AUSENCIA: PERSONAL, FECHA DE AUSENCIA: 09/08/2022, 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 Agosto 2022

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PUENTES 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.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: A T-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 1
		FECHA: 19/ /2022

ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN				UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR		
No. DE CONTRATO: 5283-2022	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		01	08	2022	31	08	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PUENTES CAMILO ANDRES	DOCUMENTO: 79743798						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) dentro de los dife ntes 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 (%): 100 %

ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADE 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 mej a del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desa llo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los compo entes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la C lidad, 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 ivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Únic de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transfom ción cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desar llo de las responsabilidades asignadas.
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Se realizan en el mes de recibos y entre a de turno de enfermería en el servicio
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	Se realizó el Formato con visto bueno d cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Realizar el registro clínico del plan de c dado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Solicitud incidencias RUN en mesa de a da
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	Realizar la revisión de carro de paro los primeros 5 días del mes, realizar supervisión a los procesos de limpieza y esinfección tanto rutinaria como terminal, diaria y semanalmente.
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Informes, solicitudes y peticiones y de ás actividades administrativas que se generen
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Garantizar asistencia a reuniones y capa taciones programadas

OBSERVACIONES: Se solicitan 174 horas para el mes de agosto y ejecuta 174 horas

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3176892) TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y I PESOS

PUENTES CAMILO ANDRES
CC 79743798

Fecha: 31 / 08 / 022

Firma de recibido supervisor: LILIAN A VARGAS WENDEUS

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79743798	CAMILO ANDRES PUENTES	CLL 181 C NUMERO 13 91 INT 3 APT 601	3029363	CANDRESJF@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTA D.C.	BOGOTA 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
2022-07	2022-07	I	16/08/2022	81090894	TOTAL A PAGAR	
					447.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	180.800	0		0		0	0	0	0	180.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	231.400	0	0	0	0	0	0		231.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	35.300				35.300	0	0	35.300			353	35.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	180.800	180.800
Pensión	1	231.400	231.400
Riesgos Laborales	1	35.300	35.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	447.500	447.500

PAGADA

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

52 82
215704

Periodo: Agosto 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
5265-2022	Cedula	1026289409	PUENTES DIAZ ERIKA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,694,805		SI
5280-2022	Cedula	1001050708	GARCIA RAMOS ANDRES FELIPE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		240	0			2,322,960	7,040,342		SI
5282-2022	Cedula	52455839	OPSINA ESPITIA NIDIA MERCEDES	MEDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA	A00		212	0			17,359,620	4,749,330		SI
5283-2022	Cedula	79743798	PUENTES CAMILO	ENFERMERO (A)	A00		174	0			3,176,892	1,752,768		SI
5298-2022	Cedula	1024485664	QUINTANA CASTAÑEDA ALEXANDRA CATALINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		180	0			1,742,220	7,739,328		SI
5299-2022	Cedula	1033820332	RODRIGUEZ LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		162	0			1,567,998	8,087,772		SI
5302-2022	Cedula	52077199	MURCIA BALLESTEROS ANGELA PATRICIA	MEDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRIA INFANTIL	A00		264	0			29,170,416	11,933,352		SI
5318-2022	Cedula	1023009825	DIAZ MUÑOZ GEYDI	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		162	0			1,567,998	8,246,508		SI
5319-2022	Cedula	1127618446	VASQUEZ CARMONA GABRIELA BERBIC	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,665,768		SI
5320-2022	Cedula	52698094	ALONSO MORENO MARIA ELIZA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,956,138		SI
5353-2022	Cedula	1001301049	PINILLA CARDENAS KAREN TATIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,656,089		SI
5357-2022	Cedula	1233890220	PEREZ SOCHA LISETH	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	8,004,533		SI
5393-2022	Cedula	1020820221	SUAREZ PINTO JHON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,474,124		SI
5399-2022	Cedula	1010106004	HEREDIA ROLDAN FABIAN DAVID	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,416,050		SI
5401-2022	Cedula	1000726466	LOPEZ CAPERA ANGIE DANIELA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,474,124		SI

VARGAS WENDEUS LILIANA
39774205
Supervisor
26/08/2022 12.33.09