| 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 | | 237143 |
| 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 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | J10 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 4 | 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 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 2251 | FECHA | 29/08/2022 | NÚMERO DE CRP: 4 | 37313 | FECHA | 29/08/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 2537 | FECHA | 01/10/2022 | NÚMERO DE CRP: 5 | 46945 | FECHA | 01/10/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 2768 | FECHA | 26/10/2022 | NÚMERO DE CRP: 6 | 48741 | FECHA | 26/10/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 3348 | FECHA | 12/12/2022 | NÚMERO DE CRP: 7 | 56353 | FECHA | 12/12/2022 |

OBJETO: ENFERMERO (A)

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 12 | 2022 | | 31 | 12 | 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: | 20,993,779 |
| VALOR EJECUTADO: | 19,061,352 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,957,796 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 162 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 1,932,427 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 90.80 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 63981792 | 147,900 | 189,300 | 3 | 28,900 | 23,700 | 389,800 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

SE DESCUENTAN 24 HORAS, MOTIVO DE AUSENCIA: INCAPACIDAD MEDICA, FECHA DE AUSENCIA: 9 Y 11 DE DICIEMBRE, REPORTA: JEFE ALBA - CERTIFICADO USS SIMON BOLIVAR

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

| VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA | PUENTES CAMILO ANDRES |
|---|---|
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | 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.

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,

| VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA | PUENTES CAMILO ANDRES |
| --- | --- |
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | 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: 19/05/2022 |

| 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 | 12 | 2022 | 31 | 12 | 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 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 ( % ): 88 %

| 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 | Se realizan en el mes de recibos y entrega 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 de 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 cuidado 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 ayuda |
| 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 desinfección 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 demás actividades administrativas que se generen |
| 9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional | Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas |

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

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **M/CTE ($2957796)** DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

PUENTES CAMILO ANDRES
CC 79743798

Fecha: 31 / 12 / 2022

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.**

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 | 79743798 | CAMILO ANDRES PUENTES | CLL 181 C NUMERO 13 91 INT 3 APT 601 | 3029363 | C.ANDRESJF@HOTMAIL.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 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-11 | 2022-11 | I | 12/12/2022 | 63981792 | $389.800 | |

## 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 | 147.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 147.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 189.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 189.300 | 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 | 890903790-5 | 28.900 | | | | 28.900 | 0 | 0 | 28.900 | | | 289 | 28.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 23.700 | 0 | 0 | 23.700 | 1 |

**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 | 147.900 | 147.900 |
| Pensión | 1 | 189.300 | 189.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.900 | 28.900 |
| CCF | 1 | 23.700 | 23.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 389.800 | 389.800 |

PAGADA

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

S283
23143

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 | 79743798 | CAMILO ANDRES PUENTES | CLL 181 C NUMERO 13 91 INT 3 APT 601 | 3029363 | C.ANDRESJF@HOTMAIL.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 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-11 | 2022-11 | I | 12/12/2022 | 63981792 | $389.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 79743798 | PUENTES CAMILO ANDRES | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 1.183.118 | 189.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.183.118 | 147.900 | 14-11 | 1.183.118 | 3 | 28.900 | CCF24 | 1.183.118 | 23.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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