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:	RAMIREZ MORA SAMUEL SIKANDAR		239751
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80500088
CORREO	ZIKANDER@HOTMAIL.COM	CELULAR	3016467323
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Suba

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	C01											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	451800135621		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3358-2022	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	169	FECHA	20/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	14324	FECHA	25/02/2022
NÚMERO DE CDP: 2	1329	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 2	19668	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 3	1423	FECHA	26/05/2022	NÚMERO DE CRP: 3	22798	FECHA	03/06/2022
NÚMERO DE CDP: 4	1864	FECHA	11/07/2022	NÚMERO DE CRP: 4	30487	FECHA	12/07/2022
NÚMERO DE CDP: 5	2082	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 5	36510	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 6	2251	FECHA	29/08/2022	NÚMERO DE CRP: 6	39847	FECHA	29/08/2022
NÚMERO DE CDP: 7	2537	FECHA	01/10/2022	NÚMERO DE CRP: 7	45959	FECHA	01/10/2022
NÚMERO DE CDP: 8	2768	FECHA	26/10/2022	NÚMERO DE CRP: 8	48063	FECHA	26/10/2022
NÚMERO DE CDP: 9	3347	FECHA	12/12/2022	NÚMERO DE CRP: 9	55952	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:	37,155,679
VALOR EJECUTADO:	35,661,444
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,395,988
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,494,235
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	95.98 %

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
8364026064	159,000	203,600	3	31,000	0	393,600
	0	0		0	0	

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

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RAMIREZ MORA SAMUEL SIKANDAR
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC 80500088

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.

USS SUBA
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	RAMIREZ MORA SAMUEL SIKANDAR
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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN				UNIDAD:	USS SUBA		
No. DE CONTRATO: 3358-2022	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		01	12	2022	31	12	2022

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAMIREZ MORA SAMUEL ZIKANDAR — DOCUMENTO: 80500088

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 (%): 100 %

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:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3395988) TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

RAMIREZ MORA SAMUEL ZIKANDAR CC 80500088	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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	SAMUEL ZIKANDAR RAMIREZ MORA
No. Identificación:	CC80500088
Dirección:	CRA90 23I 67
Telefono:	3545342
Correo:	ZIKANDAR@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8364026064

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SAMUEL ZIKANDAR RAMIREZ MORA
Tipo y número de identificación	CC80500088
Número de planilla	8364026064
Fecha pago	2022-12-13
Número de autorización pago	55154887
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2022
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2022
Número de Administradoras	3
Total Pagado	393600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31000	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	203600	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	159000	1

8364026064

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80500088
APELLIDOS Y NOMBRES: SAMUEL ZIKANDAR RAMIREZ MORA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS001	25-14	1272000	1272000	1272000	0	159000	0	203600	0	31000	0

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