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		254222
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	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	451800135621		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1664-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	15676	FECHA	17/02/2023

OBJETO:	ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	03	2023		31	03	2023	
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:	13,583,952
VALOR EJECUTADO:	6,572,880
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:	7,011,072
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	48.39 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

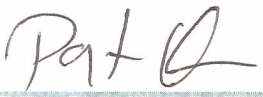
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
8366217137	158,900	203,400	3	31,000	0	393,300
	0	0		0	0	

DÍGITO: UMHES - 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,



ORTIZ CELEITA CLAUDIA PATRICIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



RAMIREZ MORA SAMUEL SIKANDAR
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:	**HOSPITALIZACION**				**UNIDAD:**		**HOSPITAL CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO (SUBA)**		
No. DE CONTRATO:	**1664-2023**		**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA**			**1**	**3**	**2.023**	**31**	**3**	**2.023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**RAMIREZ MORA SAMUEL ZIKANDAR**	**DOCUMENTO:**	**80500088**						

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA (O) HOSPITALIZACION Y URGENCIAS 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 %**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	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.	100,00%
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.	100,00%
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	100,00%
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	100,00%
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	100,00%
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	100,00%
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	100,00%
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	100,00%
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100,00%

OBSERVACIONES:

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

80500088

RAMIREZ MORA SAMUEL ZIKANDAR
80500088

Fecha : 31/03/2023

Firma de recibido supervisor:

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

1664-2

compensar | miplanilla.com

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: 8366217137

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	8366217137
Fecha pago	2023-03-09
Número de autorización pago	84072481
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	393300
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	203400	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	158900	1

8366217137

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	1270800	1270800	1270800	0	158900	0	203400	0	31000	0

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