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:	MAZA PINTO MICHAEL YESID											279227	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1033755622				
CORREO	null				CELULAR				null				
PROCESO:	Unidad de Recien Nacidos												
SERVICIO:	Unidad de Recien Nacidos				UNIDAD:				Engativa				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	ENGJ09												
BANCO	28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA				
NUMERO CUENTA BANCARIA	0												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2849-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	15393	FECHA	09/02/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1276	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	24456	FECHA	23/05/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	27043	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	31340	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	37831	FECHA	01/08/2023

OBJETO:	ENFERMERO (A)							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2023		31	08	2023
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,684,660	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:	23,975,196
VALOR EJECUTADO:	23,737,476
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,684,660
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	237,720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.01 %

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
70108338	184,700	236,300	3	36,000	0	457,000
	0	0		0	0	

CERTIFICADO USS SIMON BOLIVAR CH

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:

MAZA PINTO MICHAEL YESID
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-60-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/06/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	UNIDAD DE RECIEN NACIDOS					UNIDAD:	HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR		
No. DE CONTRATO:	2849-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA		1	8	2.023	31	8	2.023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAZA PINTO MICHAEL YESID	DOCUMENTO:	1033755622					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como ENFERMERO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a 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.	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.Se realiza auditoria de las notas de enfermeria de los auxiliares a cargo 15 veces
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.	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. Se realiza retroalimentacion para mejorar la atencion a los usuarios y mejorar el ambiente laboral 5 veces al mes
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales 15 veces recibo, 15 veces entrego
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades 15 veces al mes.
6. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos 150 veces en el mes
6. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo 45 veces en el mes
7. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva 3 veces al mes segun sea la necesidad
8. 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	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. Realizo revision y limpieza terminal por noche, desinfeccion parcial por tuno 15 veces durante el mes
9. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen. No se requirio realizar peticiones este mes
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. 10 veces al mes
10. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. 3 veces al mes.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) $ 3.684.660 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS

Michael Maza

MAZA PINTO MICHAEL YESID
1033755622

Fecha : 31/08/2023

Firma de recibido supervisor:

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

2849-2023

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033755622	MICHAEL YESID MAZA PINTO	Carrera 4 # 49 - 53 sur	3203624893	mayj90@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-07	2023-07	I	14/08/2023	70108338	$460.200

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	184.700	0		0		0	6	1.300	0	186.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	236.300	0	0	0	0	6	1.600	0	237.900	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	36.000				36.000	6	300	36.300			360	36.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	184.700	186.000
Pensión	1	236.300	237.900
Riesgos Laborales	1	36.000	36.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	457.000	460.200

PAGADA

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

229227

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	1033755622	MICHAEL YESID MAZA PINTO	Carrera 4 # 49 - 53 sur	3203624893	mayji90@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	14/06/2023	70108338	$460,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COR/CCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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
CC	1033755622	MAZA PINTO MICHAEL YESID	59	0			N																	231001	1,476,864	236,300	0	0	0	0	EPS008	1,476,864	184,700	14-4	1,476,864	3	36,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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