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:	VARGAS ROJAS JAIME ANDRES		282950
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80425320
CORREO	jandresvargas@hotmail.com	CELULAR	3176824487
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios		
SERVICIO:	Ambulancias y/o	UNIDAD:	Simon Bolivar

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	HSBN14											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450700094094		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1965-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	12944	FECHA	31/01/2023	
NÚMERO DE CDP: 2	1276	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	23927	FECHA	23/05/2023	
NÚMERO DE CDP: 3	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	26606	FECHA	14/06/2023	
NÚMERO DE CDP: 4	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	30859	FECHA	27/06/2023	
NÚMERO DE CDP: 5	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	37295	FECHA	01/08/2023	

OBJETO: CONDUCTOR AMBULANCIA

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	2,305,920	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:	15,654,288
VALOR EJECUTADO:	15,654,288
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,305,920
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	240
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	240
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
1056090329	145,000	185,600	5	0	0	330,600
	0	0		0	0	

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,

HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VARGAS ROJAS JAIME 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.	FORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	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: TRASLADOS SECUNDARIOS					**UNIDAD:**		**SIMON BOLIVAR**	
No. DE CONTRATO: 1965-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: HARVEY NEUTA		1	8	2023	31	8	2023	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VARGAS ROJAS JAIME ANDRES	**DOCUMENTO: 80425320**							
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA - TRASLADOS SECUNDARIOS.								
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.	Lectura de los documentos del Sistema único de habilitación y Sistema único de acreditación, para garantizar la calidad en el desarrollo de sus actividades.
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.	. lectura y adherencia a los instructivos de información. . Notifico sucesos de seguridad del paciente. . Brindo trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia en el periodo.
3. Transporte de pacientes.	Se realizo los traslados requeridos a las instituciones ordenadas.
4. Mantener la ambulancia en perfecto estado de aseo, funcionamiento, prestación conservación. Solicitud de vales para lavado y desinfección de fa móvil.	Realizó aseo al exterior y cabina de la ambulancia. Cuando fue necesario llevó la móvil al sitio autorizado para lavado y desinfección. Se Informó novedades de funcionamiento del vehículo (registro en la bitácora de conductores).
5. Informe de novedades a la lider del proceso cuando la móvil permanezca en el taller por fallas mecánicas, eléctricas entre otras.	Informo oportunamente a la oficina encargada del mantenimiento preventivo, correctivo y/o reparación del vehículo, todo tipo de fallas.
6. Reporte de los desplazamientos realizados.	Reporto el Inicio y finalización de cada traslado.
7. Diligenciar o velar por el diligenciamiento continuo de bitácora, acatar instrucciones de radio y superiores.	Acato las instrucciones del coordinador en cada uno de los traslados realizados.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Dos millones trescientos cincomil novecientos veinte pesos M/CTE ($2,305,920)

VARGAS ROJAS JAIME ANDRES
CC: 80425320

Fecha : 31 / 08 / 2023

Firma del supervisor: Firma electrónico

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-08-05, 07:50:01 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1056090329 **Referencia pago(PIN)** 8836535320

Periodo Cotización 202307 **Periodo Servicio** 202307

Cliente:

PAGADA 2023-08-04 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME ANDRES VARGAS ROJAS				
Documento	CC 80425320	**Dirección**	CR 43A #5 - 28		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176824487		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80425320		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					VARGAS ROJAS JAIME ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
IBG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	0	0				[illegible]		16 %	$ 1.[illegible]	$ 1[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]		12 %	$ 1.[illegible]	$ 1[illegible]	$ 0	NIN-001		0.000 %	$ 0	$ 0	NIN-001	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Caja	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 330.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE