

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:

VARGAS ROJAS JAIME ANDRES

338263

TIPO DE DOCUMENTO:

Cedula

No.

80425320

CORREO

andresvargas@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	%
A00											

BANCO

12

TIPO CUENTA

AHORROS

NUMERO CUENTA BANCARIA

450700094094

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:

2537-2024

N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NUMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NUMERO DE CRP: 1	15375	FECHA	04/02/2024
NUMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NUMERO DE CRP: 2	25589	FECHA	23/04/2024
NUMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NUMERO DE CRP: 3	27605	FECHA	20/05/2024
NUMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NUMERO DE CRP: 4	36278	FECHA	21/06/2024
NUMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NUMERO DE CRP: 5	38461	FECHA	30/07/2024

OBJETO:

CONDUCTOR AMBULANCIA

PERIODO CERTIFICADO

DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
	01	07	2024		31	07	2024

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:	14,066,112
VALOR EJECUTADO:	12,567,264
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	807,072
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	240
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	84
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,498,848
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	89.34 %

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
1064429409	162,500	208,000	5	0	26,000	396,500
	0	0		0	0	

incapacidad del 12 al 31 de julio por enfermedad general
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,

TOVAR REYES LUISA FERNANDA

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.

	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: TRASLADOS SECUNDARIOS					UNIDAD:		Simón Bolívar			
No. DE CONTRATO: 2537-2024			PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA TOVAR REYES					1	7	2024	31	7	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VARGAS ROJAS JAIME ANDRÉS			DOCUMENTO: 80425320							
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONDUCTOR DE AMBULANCIA										
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 vehfculo, 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: Se descuentan horas por incapacidad enfermedad general.										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): Ochocientos siete mil setenta y dos pesos M/CTE (\$807.072)										
 FIRMA CONTRATISTA: VARGAS ROJAS JAIME ANDRÉS CC 80425320					Fecha : 31/07/2024 Supervisor: LUISA FERNANDA TOVAR REYES Este es un documento firmado digitalmente, el cual será avalado por el supervisor al momento de realizar la correspondiente certificación en el aplicativo Ocasoft.					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.										



Periodo Cotización	202406
Periodo Servicio	202406

202406

I. DATOS DEL APORTANTE

CR 43A #5 - 28

3176824487

ÚNICO	1
Total Afiliados	1

BOGOTÁ D.C.

Identificación

II. DATOS DEL AFILIADO

Apellidos y Nombres

VARGAS ROJAS JAIME ANDRES

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

ension

IV. TOTALES

\$ 396.500

