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		348143
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	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450700094094		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2537-2024 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO:

NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	15375	FECHA	04/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2	25589	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	27605	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	36278	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	38461	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 6	45402	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 7	49986	FECHA	30/09/2024

OBJETO: CONDUCTOR AMBULANCIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2024		30	09	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	17,467,344
VALOR EJECUTADO:	17,467,344
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
1065803524	162,500	208,000	5	0	26,000	396,500
	0	0		0	0	

2.5 Turnos adicionales en móvil 6849 TAM del terminal salitre realizados en los días 19, 21 y 22 de agosto de 2024

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,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
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.

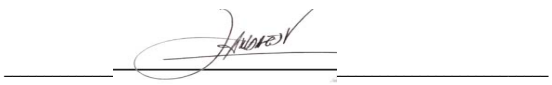
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

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: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		**1**	**9**	**2024**	**30**	**9**	**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 tras!ados 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 dei 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:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Dos millones trescientos cinco mil novecientos veinte pesos M/CTE ($2.305.920)



FIRMA CONTRATISTA: VARGAS ROJAS JAIME ANDRÉS CC 80425320

Fecha : 30/09/2024

Supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-09-13, 07:02:27 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1065803524

Periodo Cotización: agosto de 2024 Periodo Servicio: agosto de 2024 Referencia pago 8810377135

PAGADA 07/09/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME ANDRES VARGAS ROJAS		
Documento	CC80425320	Dirección	CR 43A #5 - 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3176824487
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80425320	JAIME ANDRES VARGAS ROJAS	3	0																	0	30	30	0	30	(231001) COLFONDOS	$1.300.000	$208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1.300.000	$162.500	0.000	$0	$0	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1.300.000	$26.000	$0	$0	$0	$0	$396.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$0	$1.300.000	$208.000	$162.500	$0	$26.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$396.500	$1.300	$397.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!