

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | 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 MARTINEZ HECTOR FERNANDO | | | | | | | | 344771 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 80005066 | | | | | | | | | |
| CORREO | ferva1979@gamil.com | CELULAR | 3165608276 | | | | | | | | | |
| PROCESO: | Sistemas -TICS | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | Sistemas -TICS | | | | UNIDAD: | | | | Chapinero | | | |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A00 | | | | | | | | | | | |
| 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: | | 3430-2024 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 179 | FECHA | 30/01/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 15611 | FECHA | 04/02/2024 | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 388 | FECHA | 20/03/2024 | NÚMERO DE CRP: 2 | 19802 | FECHA | 21/03/2024 | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 630 | FECHA | 20/05/2024 | NÚMERO DE CRP: 3 | 30922 | FECHA | 20/05/2024 | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 807 | FECHA | 20/06/2024 | NÚMERO DE CRP: 4 | 33905 | FECHA | 21/06/2024 | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 929 | FECHA | 24/07/2024 | NÚMERO DE CRP: 5 | 38077 | FECHA | 30/07/2024 | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1205 | FECHA | 18/09/2024 | NÚMERO DE CRP: 6 | 47702 | FECHA | 30/09/2024 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|-----|---------------------|------|-------|-----|-----|------|--|--|--|
| OBJETO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO II | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 01 | 08 | 2024 | | 31 | 08 | 2024 | | | |
| TIPO SERVICIOS | Administrativo | | RESERVA DE GLOSA 2% | | 0 | | | | | | |
| VALOR MES | 5,953,525 | | 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: | 47,628,200 |
| VALOR EJECUTADO: | 47,628,200 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 5,953,525 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 0 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | |
| 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 |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 1065102648 | 297,700 | 381,100 | 3 | 58,100 | 47,700 | 784,600 |
| | 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,


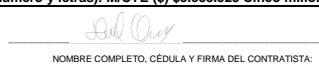

DIAZ SEPULVEDA GEAN ALBERTO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VARGAS MARTINEZ HECTOR FERNANDO

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 | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022 | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: Sistemas de información - TIC | | | UNIDAD: CHAPINERO | |
| No. DE CONTRATO: CPS-3430-2024 | | PERIODO CERTIFICADO | | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: Gean Alberto Díaz Sepulveda | | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: HECTOR FERNANDO VARGAS MARTINEZ | | DOCUMENTO:80005066 | 1 | 8 |
| | | 2024 | 31 | 8 |
| | | | | 2024 |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO II 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. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | | se contribuye 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. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | | |
| 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. | | se cumplen con 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 | | |
| 3. Apoyar a la solución de temas relacionados con proyectos de Tecnología de la Información y Comunicaciones. | | Se brindan los apoyos requeridos temas relacionados con proyectos de Tecnología de la Información y Comunicaciones financieros del Sistema de Información Hospitalario – HIS de la Subred Norte. Se continua trabajando en la parametrización configuración para el envío de CDA imagenes diagnosticas y laboratorio ala secretaria distrital de salud. se trabaja en la configuración para la interfaz imafenes diagnostica la cual queda funcionando. se trabaja en el envio interfazaz imageniologia | | |
| 4. Apoyo en el proceso de actualización y soporte de los módulos administrativos, financieros y asistenciales del Sistema de Información Hospitalario – HIS de la Subred Norte. | | se realiza apoyo en el proceso de actualización llevado el día 4 de agosto de 2024, Se brindan los apoyos requeridos en el proceso de soporte de los módulos administrativos, financieros y asistenciales del Sistema de Información Hospitalario – HIS de la Subred Norte. Se brinda apoyo en el proceso de actualización de los diferentes módulos del sistema de informacion, se da soporte requerido por los diferentes usuarios del sistema de informacion, se brinda apoyo en el proceso de actualización de los diferentes usuarios del sistema de informacion y se resuelven dudas del funcionamiento del mismo | | |
| 5.Capacitar al personal asistencial y administrativo en los diferentes módulos asistenciales, financieros y administrativos del sistema de información hospitalario - HIS | | se brinda capacitación en los diferentes módulos asistenciales, financieros y administrativos del sistema de información hospitalario - HIS | | |
| 6.Elaborar y ajustar los diseños de los formatos institucionales (Historias Clínicas) con los líderes de los procesos con el fin de ser implementados en la entidad en el sistema de Información de acuerdo a las solicitudes realizadas. de igual forma realizar las modificaciones y actualizaciones de acuerdo a las necesidades de los procesos. | | se apoya en la elaboración y ajuste de los diseños de los formatos institucionales (Historias Clínicas) con los líderes de los procesos con el fin de ser implementados en la entidad en el sistema de Información de acuerdo a las solicitudes realizadas. de igual forma realizar las modificaciones y actualizaciones de acuerdo a las necesidades de los procesos. | | |
| 7.Participación activa en el proceso de revisión, soporte e implementación de las actualizaciones del sistema de información Hospitalario HIS en los módulos administrativos, financieros y asistenciales de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred Norte ESE. | | se realiza apoyo en el proceso de actualización llevado el día 4 de agosto de 2024, Se brindan los apoyos requeridos en el proceso de actualización y soporte de los módulos administrativos, financieros y asistenciales del Sistema de Información Hospitalario – HIS de la Subred Norte. Se brinda apoyo en el proceso de actualización de los diferentes usuarios del sistema de informacion, se da soporte requerido por los diferentes usuarios del sistema de informacion y se resuelven dudas del funcionamiento del mismo | | |
| 8.Brindar el soporte técnico remoto, telefónico y/o presencial del sistema de información hospitalario - HIS de acuerdo a necesidades establecidas por los diferentes procesos de la Subred Norte ESE. | | se brinda soporte técnico remoto telefónico y presencial del sistema de información hospitalario de acuerdo a las solicitudes de los usuarios en los diferentes módulos que componen el sistema de informacion se presta semana de disponibilidad donde se resuelven los diferentes solicitudes de los usuarios | | |
| 9.Apoyo en la ejecución de las estrategias definidas para el desarrollo de la plataforma de Interoperabilidad de la Secretaría Distrital de Salud. | | Se continua monitoreando el envío de CDA consulta externa, salud oral, materno perinatal, urgencias , hospitalacion formula medica s ala secretaria distrital de salud. Se generan los reportes solicitados de envío de CDA según solicitudes enviadas | | |
| 10.Diseño de consultas en el motor de base de datos para extracción de información del sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE. | | se realizan los reportes solicitadas por los diferentes usuarios gestion de la informacion, gestion del riesgo, areas administrativas y demas usuarios, mediante sql managent y posteriormente se generan reportes generados en dinamica gerencial o se envia via correo electronico según la necesidad del usuario | | |
| 11.Generación de reportes cuando sea requerido por parte de los líderes de procesos del sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE. | | se crearon los reportes solicitados por los líderes de los procesos del sistema de informacion, se generan reportes generados en dinamica gerencial o se envia via correo electronico según la necesidad del usuario | | |
| 12.Responder a las incidencias interpuestas a través de la mesa de servicios relacionadas con el sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE. | | se responden a las incidencias interpuestas a través de la mesa de servicios relacionadas con el sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE. | | |
| 13.Participación en la elaboración de Procedimientos, instructivos, manuales, guías, que interviene el área de Sistemas. | | se apoya en la elaboración de Procedimientos, instructivos, manuales, guías, que interviene el área de Sistemas. | | |
| 14.Realizar seguimiento e implementar oportunidades de mejora a las inconsistencias, errores y/o inconvenientes presentados en el funcionamiento de los sistemas de información hospitalario - HIS y las relacionadas con al oficina de TICS de la Subred Norte ESE. | | se validan los errores reportados por los diferentes usuarios se da solución en su gran mayoría, los que no se lograron solucionar se escalaron al proveedor SYAC, mediante su mesa de ayuda con el fin de ser solucionados por el mismo | | |
| 15.Planificar, orientar, analizar y ejecutar las distintas actividades conducentes al mejoramiento de los sistemas de información de la entidad. | | se validan los diferentes hallazgos del sistema de informacion reportados por los usuarios con el fin de buscar mejora en el funcionamiento del sistema de informacion dinamica gerencial, se trabaja en conjunto con dx el proceso de interoperabilidad de envío y respuesta de imagenes diagnosticas | | |
| 16.Ser multiplicador en el proceso de capacitación | | se realizan capacitaciones solicitadas por los diferentes usuarios | | |
| 17.Presentar informe periódico sobre las actividades desarrolladas | | se presenta el informe periodico de actividades desarrolladas | | |
| 18.Apoyo en la realización de informes propios del área de sistemas. | | se entrega la informacion solicitada por los diferentes actores de la oficina de sistemas en conjunto con seguridad de la informacion se trabaja en solicitud de informacion | | |
| 19.Brindar todos los soportes que designe el supervisor del contrato que tengan relación con el perfil y con la misión, visión del proceso a que hace parte y de la institución Las demás actividades que sean asignadas por el referente del área afines con el objeto del contrato. | | se brindan los soportes que designados por el supervisor del contrato que tengan relación con el perfil y con la misión, visión del proceso a que hace parte y de la institución Las demás actividades que sean asignadas por el referente del área afines con el objeto del contrato | | |
| se brindan los soportes que designados por el supervisor del contrato que tengan relación con el perfil y con la misión, visión del proceso a que hace parte y de la institución Las demás actividades que sean asignadas por el referente del área afines con el objeto del contrato | | | | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) \$5.953.525 Cinco millones novecientos cincuenta y tres mil quinientos veinticinco | | | | |
|  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: | | Fecha: _____ Documento Firmado Digitalmente Firma de recibido supervisor: _____ | | |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | | | | |

se brindan los soportes que designados por el supervisor del contrato que tengan relación con el perfil y con la misión, visión del proceso a que hace parte y de la institución Las demás actividades



Información de la Planilla Pagada

| | |
|------------------------------------------|---------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2024-08-20, 12:09:29 PM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | julio de 2024 |
| Periodo de Cotización Para Salud | julio de 2024 |
| Empresa | HECTOR FERNANDO VARGAS MARTINEZ |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 80005066 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1065102648 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 856069529 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 787.100 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|--------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | \$ 381.100 | \$ 1.200 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | \$ 297.700 | \$ 900 |
| N860002503 | 14-7 | SEGUROS BOLIVAR SA | 1 | \$ 58.100 | \$ 200 |
| N860007336 | CCF22 | COLSUBSIDIO | 1 | \$ 47.700 | \$ 200 |
| SubTotales: | | | | \$ 784.600 | \$ 2.500 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 787.100 |

