	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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		357497	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80425320		
CORREO	jandresvargas@hotmail.com	CELULAR	3176824487		
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios				
SERVICIO:	Ambulancias y/o				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	UNIDAD: Simon Bolivar
	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
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2	25589
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	27605
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	36278
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	38461
NÚMERO DE CDP: 6	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 6	45402
NÚMERO DE CDP: 7	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 7	49986
NÚMERO DE CDP: 8	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 8	56256
NÚMERO DE CDP: 9	1553	FECHA	21/11/2024	NÚMERO DE CRP: 9	60589

OBJETO: CONDUCTOR AMBULANCIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2024		30	11	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:	25,538,064
VALOR EJECUTADO:	24,673,344
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:	864,720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.61 %

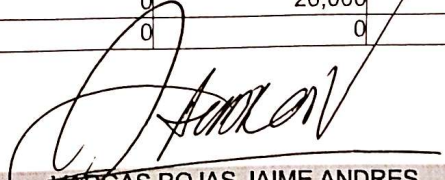
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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.

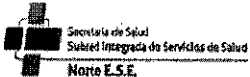
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
1067194683	162,500	208,000	5	0	26,000	396,500
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

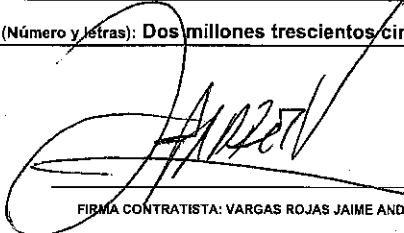

VARGAS ROJAS JAIME ANDRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

	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: 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	11	2024	30	11	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, Auditoría 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 la 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 líder 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 cinco mil novecientos veinte pesos M/CTE (\$2.305.920)	
 FIRMA CONTRATISTA: VARGAS ROJAS JAIME ANDRÉS. CC 80425320	 Supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO Fecha : 30/11/2024

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



Periodo Cotización	202410	Periodo Servicio	202410
--------------------	--------	------------------	--------

Periodo Cotización	202410	Periodo Servicio	202410
--------------------	--------	------------------	--------

PAGADA 2024-11-13 EN HORARIO EXTENDIDO

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					

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								
BOGOTA D.C.								

Novedades						Pensión							Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales									
						Tipo salario		Salario																												
Extranjero						Das AFP	Das EPS	Das CCF	Código AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBCF CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte ICBF	Aporte ICBF						
ING	RET	TDE	TAP	VSP	COR	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	0	300	0	30	\$ 1.300.000	231001	16 %	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	EP5017	12,5 %	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	NIN-AR	0,000 %	\$ 0	0,000 %	2 %	\$ 1.300.000	\$ 26.000	0 %	\$ 0

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 396.500

