	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		BURGOS RAMIREZ LEONARDO		354335	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1031167072		
CORREO	leoburgos1938@hotmail.	CELULAR	3208248032		
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios				
SERVICIO:	Ambulancias y/o		UNIDAD:	Engativa	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	A00				
BANCO	10	TIPO CUENTA	AHORROS		
NUMERO CUENTA BANCARIA		24092566923			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2608-2024	
Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024
NÚMERO DE CDP: 2	410	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 3	499	FECHA	19/04/2024
NÚMERO DE CDP: 4	628	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 5	810	FECHA	20/06/2024
NÚMERO DE CDP: 6	923	FECHA	23/07/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1062	FECHA	26/08/2024
NÚMERO DE CDP: 8	1207	FECHA	18/09/2024
NÚMERO DE CDP: 9	1393	FECHA	23/10/2024

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS									
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	10	2024		31	10	2024
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%		0					
VALOR MES	1,953,372 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.									

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		24,637,692
VALOR EJECUTADO:		21,298,056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:		2,331,444
TOTAL HORAS CONTRATADAS:		186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:		222
VALOR A LIBERAR:		0
SALDO POR EJECUTAR:		3,339,636
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:		86.45 %

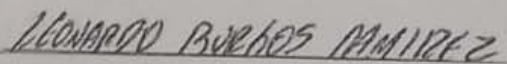
El interventor o supervisor del contrato DEBERIA QUE						
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.						
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
8380761143	162,500	208,000	5	0	0	370,500
	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:


BURGOS RAMIREZ LEONARDO
 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						
	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											
No. DE CONTRATO: 2608-2024				UNIDAD:		ENGATIVA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BURGOS RAMIREZ LEONARDO				DOCUMENTO: 1031167072		1	10	2024	31	10	2024
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA- 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. Realización de los registros de enfermería cumpliendo con la resolución 1995/99. Realizar notas de enfermería correspondientes a los pacientes.				Registro y entrega de historia clínica de los traslados realizados (datos completos en el formato establecido).							
4. Realización de inventarios según protocolos de la institución desinfección de ambulancias.				Se realizó limpieza y desinfección de la ambulancia y los equipos posterior a la realización de valoraciones y/o traslados, revisión diaria de equipos e insumos							
5. Cumplir las normas de bioseguridad.				Se realizan pruebas de funcionamiento a los equipos biomédicos al inicio de cada turno.							
6. Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de la atención al usuario. Procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de actividades de enfermería en atención pre- hospitalaria.				Todas las valoraciones y/o atenciones realizadas en la ambulancia fueron registradas y ejecutadas según lo establecido por los protocolos de atención pre hospitalaria.							
7. En caso de encontrarse la ambulancia en el taller apoyar en U.S.S. que lo requiera la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.				Aprovisionamiento de insumos utilizados en las valoraciones y/o traslados, verificación de las fechas de vencimiento tanto de los medicamentos como de los insumos de la ambulancia.							
OBSERVACIONES: Adición de horas por cobertura del servicio- compensatorios Nancy Castellanos y Luis Moreno-											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): Dos millones trescientos treinta y un mil cuatrocientos cuarenta y cuatro pesos (\$2.331.444)											
 Firma contratista: BURGOS RAMIREZ LEONARDO CC1031167072				 Supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO Fecha : 31/10/2024							
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.											

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEONARDO BURGOS RAMIREZ
No. Identificación: CC1031167072
Dirección: CL 49 D SUR # 5Y 22
Telefono: 9245505
Correo: leoburgos1938@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8380761143

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEONARDO BURGOS RAMIREZ
Tipo y número de identificación	CC1031167072
Número de planilla	8380761143
Fecha pago	2024-10-11
Número de autorización pago	21150372
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	2
Total Pagado	370500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
231001	Colfondos	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1031167072
APELLIDOS Y NOMBRES: LEONARDO BURGOS RAMIREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1300000	1300000	0	0	162500	0	208000	0	0	0