

NOMBRE DEL CONTRATISTA: BURGOS RAMIREZ LEONARDO

TIPO DE DOCUMENTO: Cedula No. 358577

CORREO: leoburgos1938@hotmail.com CELULAR 1031167072

PROCESO: Ambulancias y/o Secundarios 3208248032

SERVICIO: Ambulancias y/o

CENTRO DE COSTOS UNIDAD: Engativa

BANCO A00 10

NUMERO CUENTA BANCARIA 24092566923 TIPO CUENTA AHORROS

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
NÚMERO DE CDP: 10	1553	FECHA	21/11/2024
NÚMERO DE CRP: 1	15394	FECHA	04/02/2024
NÚMERO DE CRP: 2	22620	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CRP: 3	25650	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CRP: 4	27188	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CRP: 5	36338	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CRP: 6	38431	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CRP: 7	45436	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CRP: 8	50020	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CRP: 9	56290	FECHA	31/10/2024
NÚMERO DE CRP: 10	60620	FECHA	30/11/2024

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO

TIPO SERVICIOS Asistencial DESDE DIA 01 MES 11 AÑO 2024 HASTA DIA 30 MES 11 AÑO 2024

VALOR MES 1,953,372 VALOR LETRAS

RESERVA DE GLOSA 2%

0

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

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	26,969,136
VALOR EJECUTADO:	25,456,848
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,205,420
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	210
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,512,288
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	94.39 %

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
8381550305	162,500	208,000	5	0	0	370,500

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

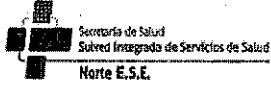
SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA

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.

	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: 19/05/2024				
ÁREA Y/O SERVICIO: TRASLADOS SECUNDARIOS					UNIDAD:		ENGATIVA			
No. DE CONTRATO: 2608-2024			PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					1	11	2024	30	11	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BURGOS RAMIREZ LEONARDO			DOCUMENTO: 1031167072							
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, 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. 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 personal planta.										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): Dos millones doscientos cinco mil cuatrocientos veinte pesos (\$2.205.420)										
 Firma contratista: BURGOS RAMIREZ LEONARDO CC1031167072					 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.										

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: 8381550305

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEONARDO BURGOS RAMIREZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1031167072	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Número de planilla	8381550305	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Fecha pago	2024-11-18	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	4365163	Total Pagado	370500
Banco	1023	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