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:	LOPEZ BARBOSA GIOVANNY LEONARDO											377279	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1233896422				
CORREO	giovanny.lb13@gmail.com				CELULAR				3014267760				
PROCESO:	Urgencias												
SERVICIO:	Urgencias				UNIDAD:				Centro De Servicios				
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:	1770-2025			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	197	FECHA	28/01/2025	NÚMERO DE CRP: 1	9039	FECHA	01/02/2025

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	03	2025		31	03	2025	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,187,732	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:	6,563,196
VALOR EJECUTADO:	4,093,176
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,117,160
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	180
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,470,020
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	62.37 %

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
84209264	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	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,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LOPEZ BARBOSA GIOVANNY 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
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS					UNIDAD:		HOSPITAL CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO (SUBA)	
No. DE CONTRATO: 1770-2025	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		1	3	2025	31	3	2025	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Giovanny Leonardo Lopez Barbosa	DOCUMENTO: 1.233.896.422							
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	CONTRIBUYO 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.
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.	DESARROLLO ESTRATEGIAS DEFINIDAS A NOVEL INSTITUCIONAL PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LOS EJES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION: GESTION DEL RIESGO, HUMANIZACION DE LA ATENCION, TRANSFORMACION CULTURAL, GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA, GESTION DE LA TECNOLOGIA, ATENCION CENTRADA EN EL USUSARIO Y RESPONSABILIDAD SOCIAL, ACORDE ALDESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	CUMPLÍ CON ESTÁNDARES DE PRODUCCIÓN DEL SERVICIO ASIGNADO SEGÚN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOSPOR LA INSTITUCIÓN. 100%
4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.	RECIBO 15 TURNOS Y ENTREGO 15DE TURNOS EN EL MES DE FEBRERO DEL 2025, DILIGENCIANDO LOSFORMATOS RESPECTIVOS INSTITUCIÓN
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	CUMPLO CON EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD (LAVADO HIGIENE DE MANOS, LIMPIEZA DESINFECCIÓN AISLAMIENTOS Y DEMÁS SE REALIZA DESINFECCIÓN RUTINARIA LOS 15 TURNOS DEL MES DE MARZO 2024
6.Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	CUMPLIR CON LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, INSTRUCTIVOS DE BUENAS PRÁCTICAS, EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 100%
7.Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	PRESENTAR INFORMES Y ASISTIR A CAPACITACIONES 3 Y ACTIVIDADES SEGÚN LA PROGRAMACIÓN INSTITUCIONAL
8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	CUMPLÍ CON LAS DE ACTIVIDADES SEGÚN CRONOGRAMA DE SERVICIO, DESINFECCIÓN, INVENTARIOS Y OTROS A100%.
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	MANTENGO CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE MANEJA DE ACUERDO AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PRESTADAS EN LA INSTITUCIÓN 100%.
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	ASISTO A CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SEGÚN LA PROGRAMACION INSTITUCIONAL.
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	APLICO LA POLÍTICA DE CALIDAD INSTITUCIONAL PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.
12. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.	BRINDO INFORMACIÓN A USUARIOS Y A SU FAMILIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD ACLARANDO RIESGOS Y BENEFICIOS DE SU TRATAMIENTO SEGÚN LO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA.
13.M Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	ME ADAPTO A LAS POLÍTICAS, GUÍAS DE MANEJO, INSTRUCTIVOS, MANUALES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES 100%

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : M/CTE ($)2.117.160 DOS MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO SESENTA PESOS

Giovanny Leonardo Lopez Barbosa

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 1.233.896.422

Fecha : 31/03 /2025

Firma de recibido supervisor:

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233896422	GIOVANNY LEONARDO LOPEZ BARBOSA	CL 142G 127 A 22	6019059377	giovanny.lb13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84209264	$441.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	3	500	0	228.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	3	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1233896422	GIOVANNY LEONARDO LOPEZ BARBOSA		CL 142G 127 A 22	6019059377	giovanny.lb13@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84209264	$441.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1233896422	LOPEZ BARBOSA GIOVANNY LEONARDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información