

 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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PERDOMO JAIME ALFONSO MARIA		431580
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1026591097
CORREO	perdomoalfonso@gmail.com	CELULAR	3102702417
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias		UNIDAD: Chapinero
CENTRO DE COSTOS	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:	2762-2026	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	
NÚMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026
		NÚMERO DE CRP: 1	11105
		FECHA	01/02/2026

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2026		31	03	2026
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%		0				
VALOR MES	2,683,050	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:	10,732,200
VALOR EJECUTADO:	5,193,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,769,600
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	5,539,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	48.39 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

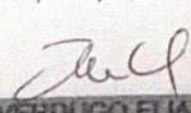
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
67212162	219,400	280,800	3	42,800	35,100	578,100
	0	0		0	0	

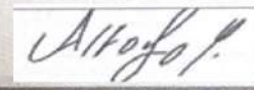
POR PROGRAMACION DE SECUENCIA REALIZA 6 HORAS ADICIONALES

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,

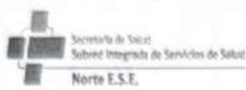

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


PERDOMO JAIME ALFONSO MARIA

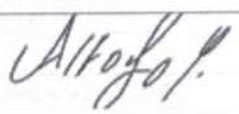
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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: 4		
							PÁGINA: 1 DE 1		
						FECHA: 07/11/2024			

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS						UNIDAD:		USS ENGATIVA CALLE 80			
No. DE CONTRATO: 2762-2026				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO				DOCUMENTO: 1026591097		1	03	2026	31	3	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PERDOMO JAIME ALFONSO MARIA											
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.											
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%											

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Cumplir con los estándares de productividad y oportunidad del servicio asignado, garantizando la atención dentro de los tiempos establecidos por la institución.	En el mes de marzo, se aseguro la atencion oportuna a todos los pacientes, dando cumplimiento a los estandares de productividad y calidad en el servicio
2. Realizar el recibo y entrega de turno de manera adecuada, dejando registros completos, claros y verficables.	Durante el mes de marzo se notifico de manera clara y a tiempo al servicio de atencion domiciliaria sobre cada procedimiento y evento realizado en los hogares de los pacientes, dejando el respectivo regnistro de cada atencion brindada
3. Aplicar estrictamente las normas de bioseguridad, incluyendo lavado e higienización de manos, uso adecuado de elementos de protección personal, limpieza, desinfección y medidas de aislamiento cuando aplique.	Se dio cumplimiento a todas las normas de bioseguridad, incluyendo el adecuado lavado de manos, el uso correcto de los EPP asi como la limpieza y desinfeccion, garantizando la seguridad del paciente y su entorno durante el tratamiento
4. Ejecutar los procedimientos de enfermería conforme a los protocolos institucionales, buenas prácticas y lineamientos establecidos para la atención domiciliaria.	Durante el mes de marzo, se apicaron los protocolos institucionales en cada procedimiento de enfermeria realizado en la atencion domiciliaria, asegurando una atencion de calidad y trato humanizado al paciente
5. Administrar los medicamentos prescritos de forma segura, oportuna y conforme a la orden médica, verificando los cinco correctos y reportando cualquier evento adverso o novedad.	Durante el mes de marzo se administraron los medicametos de forma segura según la prescricpion medica, verificando los 5 correctos y promoviendo la seguridad del paciente, el adecuado tratamiento y las buenas practicas
6. Registrar de manera inmediata y veraz la administración de medicamentos, evidenciando la atención en el domicilio del paciente según los lineamientos institucionales.	Se efectuó el registro de cada administración de medicamentos, dejando constancia en cada atención domiciliaria y cumpliendo con los lineamientos establecidos por la institución.
7. Elaborar y diligenciar las notas de enfermería de forma completa, legible y oportuna en la historia clínica y en los formatos institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Durante el mes de marzo, se diligenciaron de forma adecuada y oportuna las notas de enfermería en la historia clínica de cada paciente, utilizando los formatos institucionales y garantizando la calidad en la atención y la continuidad del tratamiento.
8. Cumplir con las actividades asignadas según el cronograma de atención domiciliaria establecido por la institución.	Durante el mes de marzo, se dio cumplimiento a todas las actividades establecidas en el cronograma del programa de atención domiciliaria asignado por la institución.
9. Mantener la confidencialidad y protección de la información del paciente y su familia, conforme a la normatividad vigente.	Se mantuvo la privacidad y confidencialidad de toda la información del paciente y sus familiares, asegurando así el respeto por sus derechos.
10. Brindar un trato digno, respetuoso y humanizado al usuario y su familia, proporcionando información clara relacionada con los cuidados y procedimientos realizados.	Se informó a cada paciente y a sus familiares sobre los procedimientos antes de su realización, brindando la información necesaria, garantizando una atención segura y humanizada, y proporcionando los cuidados requeridos durante el tratamiento.
11. Participar en capacitaciones, reuniones e informes programados por la institución, contribuyendo al mejoramiento continuo del servicio.	Se asistió a todas las capacitaciones programadas por la institución, cumpliendo con los lineamientos y fortaleciendo el aprendizaje para aportar a la mejora continua del servicio.
12. Aplicar la política de calidad institucional, participando activamente en el Sistema de Gestión de Calidad y en la identificación de oportunidades de mejora.	Se participó activamente en el Sistema de Gestión de Calidad, identificando oportunidades de mejora en el servicio de atención domiciliaria para contribuir a la calidad y seguridad en la atención del paciente.
13. Dar cumplimiento a las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales vigentes.	Se trabaja bajo las normas, estándares y manuales de procesos establecidos, con el fin de asegurar la eficiencia, la calidad y la oportunidad en cada uno de los procedimientos asistenciales realizados en la atención domiciliaria.
14. Cumplir con los programas de gestión ambiental, manejo de residuos y las directrices del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, garantizando prácticas seguras en el domicilio.	En cada uno de los servicios de atención médica domiciliaria se garantizan prácticas seguras en el manejo de residuos, cumpliendo con los programas establecidos, las disposiciones del comité de infecciones y todos los lineamientos relacionados con la prestación de servicios de salud.

OBSERVACIONES: POR PROGRAMACION DE SECUENCIA REALIZA 6 HORAS ADICIONALES	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2.769.600 (Dos millones setensientos sesenta y nuevemil seisientos)	
 PERDOMO JAIME ALFONSO MARIA CC: 1026591097	FECHA : 31/03/2026  Firma de recibido supervisor : ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD
CC	1028591067	ALFONSO MARIA PERDOMO JAIME	CARRERA 72 V SIS 51 A 20 SUR	4594705	entfioscasami@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		07212162	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	1	\$1.758.000	\$578.100	

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					
EPS005	Santitas EPS	800291440-6	219.400	0		0		0	0	0	0	219.400	1

TOTALES PENSION												
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
Z30301	Porvenir	800224808-8	280.800	0	0	0	0	0	0	0	280.800	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	890803790-5	42.800				42.800	0	0	42.800			428	42.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Cajas	890006942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARA FISCIALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	219.400	219.400
Pensión	1	280.800	280.800
Riesgos Laborales	1	42.800	42.800
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	578.100	578.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (PAWEDARD)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (PAWEDARD)	CANTIDAD EN PAGOS DE	CANTIDAD BFE
		07212102	12/03/2026	1	0
PERIODO SALDO	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL PAGAR	
2025-02	2025-02	1	\$1,795.000	\$578.100	

[illegible]

PAGADA