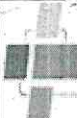


|                                                                                                                                                               |                                                                                 |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|                                                                                                                                                               | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           | VERSIÓN: 5            |
|                                                                                                                                                               |                                                                                 | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                                                                                               |                                                                                 | FECHA: 16/02/2018     |

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                         |                           |             |                 |
|-------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ARIAS CANO ELMAR HERNANDO |             | 278433          |
| TIPO DE DOCUMENTO:      | Cedula                    | No.         | 4055573         |
| CORREO                  | HERNANDO1714@GMAIL.       | CELULAR     | 3226165740      |
| PROCESO:                | Urgencias                 |             |                 |
| SERVICIO:               | Urgencias                 |             | UNIDAD: Suba    |
| CENTRO DE COSTOS        | Centro de costo           | %           | Centro de costo |
|                         | GTNB01                    |             |                 |
| BANCO                   | 28                        | TIPO CUENTA | AHORROS         |
| NUMERO CUENTA BANCARIA  | 409036753                 |             |                 |

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                                |           |                          |            |
|--------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1481-2023 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |            |
| NÚMERO DE CDP: 1               | 142       | FECHA                    | 11/01/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 2               | 1276      | FECHA                    | 23/05/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 3               | 1495      | FECHA                    | 14/06/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 4               | 1565      | FECHA                    | 27/06/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 5               | 1741      | FECHA                    | 26/07/2023 |
| NÚMERO DE CRP: 1               | 12494     | FECHA                    | 31/01/2023 |
| NÚMERO DE CRP: 2               | 23373     | FECHA                    | 23/05/2023 |
| NÚMERO DE CRP: 3               | 27516     | FECHA                    | 14/06/2023 |
| NÚMERO DE CRP: 4               | 30453     | FECHA                    | 27/06/2023 |
| NÚMERO DE CRP: 5               | 36888     | FECHA                    | 01/08/2023 |

OBJETO: ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS

|                     |             |                     |     |      |       |     |     |      |
|---------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE       | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                     |             | 01                  | 08  | 2023 |       | 31  | 08  | 2023 |
| TIPO SERVICIOS      | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0   |      |       |     |     |      |

VALOR MES 3,684,660 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: | 30,184,028 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 30,144,408 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 4,754,400  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 186        |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 240        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0          |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 39,620     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 99.87 %    |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

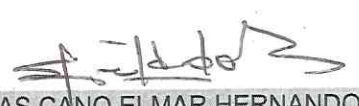
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA   | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 1056861732 | 219,900   | 281,500   | 3    | 42,900    | 35,200     | 579,500        |
|            | 0         | 0         |      | 0         | 0          |                |

MK SUBA  
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,

  
 ORTIZ CELEITA CLAUDIA PATRICIA  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
 ARIAS CANO ELMAR HERNANDO  
 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                    |  | CÓDIGO: AP-CT-F-60-03                |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  | VERSIÓN: 3                           |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                |  | PÁGINA : 1 DE 1<br>FECHA: 19/06/2022 |

|                         |                                |                     |         |     |         |                                                   |     |       |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------|---------|-----|---------|---------------------------------------------------|-----|-------|
| ÁREA Y/O SERVICIO:      | URGENCIAS PEDIATRIA            |                     |         |     | UNIDAD: | HOSPITAL CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO (SUBA) |     |       |
| No. DE CONTRATO:        | 1841-2023                      | PERIODO CERTIFICADO | Día     | Mes | Año     | Día                                               | Mes | Año   |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:  | CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA |                     | 1       | 8   | 2.023   | 31                                                | 8   | 2.023 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ELMAR HERNANDO ARIAS CANO      | DOCUMENTO:          | 4055573 |     |         |                                                   |     |       |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como ENFERMERO(A9 - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes proceso y procedimientos de la SURED 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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | Tengo conocimiento de los paquetes instruccionales del ministerio de salud tales como: manejo y prevención de úlceras por presión, riesgo de caída entre otros. Identificación oportuna en la valoración de riesgo de los pacientes a su cargo. |
| 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. | Participo y ejecuto los diferentes estándares de acreditación enfatizando en el programa de gestión clínica excelente y segura al cliente interno y externo. Conocimiento de los diferentes estándares de acreditación                          |
| 3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Realizo, Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería. Libro de recibo y entrega de turno correctamente diligenciado                 |
| 4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizo Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo. Asignación de actividades a las auxiliares de enfermería a cargo              |
| 5. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Reviso y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos. Entrega de ordenes medicas a farmacia                                                                                                                                                 |
| 6. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Elaboro y ejecuto el cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo                                                                                                                                                                  |
| 7. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Realizo oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. Gestionar las necesidades del servicio presentadas durante el turno.                                                                                      |
| 8. cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades: Revisión de carro de paro, limpieza y desinfección del servicio                                                                                                                                                                                          | Cumpro con los procesos y procedimientos , guías , instructivos , formatos y protocolos que se requieren para el cumplimiento de las actividades , revision de carro de paro , limpieza y desinfección                                          |
| 9. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Presento informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen. Gestionar las necesidades del servicio presentadas durante el turno                                                                             |
| 10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                             | Brindo informacion a paciente y familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos , complicaciones y beneficios de sus tratamientos                                                                                                           |
| 10. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Asisto a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Asistencia de capacitaciones programadas                                                                                                                             |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 4.754.400 CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTSO PESOS M/CTE

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  ELMAR HERNANDO ARIAS CANO CC. 4055573 | Fecha: 31/08/2023<br>Firma de recibido supervisor:  PATRICIA ORTIZ CELEITA | Jefe CLAUDIA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

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

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTO Liquidación  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-14, 11:00:15 AM

Tipo Planilla:

PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización:

Julio de 2023

Periodo Servicio:

Julio de 2023

Número Planilla: 1056861732

Referencia pago (PIN): 8802334699

PAGADO 14/08/2023

DATOS DEL APORTANTE

|                          |                           |                    |                |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|----------------|
| Identificación Social    | ELMAR HERNANDO ARIAS CANO | Dirección          | CL 4B #53 - 27 |
| Documento                | CC4055573                 | Teléfono           | 3226165740     |
| Nombre de Empresa        | INDEPENDIENTE             | Forma Presentación | ÚNICO          |
| Nombre Persona           | NATURAL                   | Departamento       | BOGOTÁ D.C.    |
| Residencia               | BOGOTÁ D.C.               | Identificación     |                |
| Representante Legal      |                           | ARP                | ARL SURA       |
| Identificación Afiliados | 1                         |                    |                |

DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado  |                      |                 | Novedades              |        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |          |          | Salud    |          |          |                | Riesgos     |                |                |            | Cajas                    |              |             |                | Parafiscales   |           |                   |              | Total       |                 |       |     |            |
|---------------------|----------------------|-----------------|------------------------|--------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------|----------------|----------------|------------|--------------------------|--------------|-------------|----------------|----------------|-----------|-------------------|--------------|-------------|-----------------|-------|-----|------------|
| Apellidos y Nombres |                      | Tipo Cotización | Suscripción Cotización | NO RET | RET P | TAE | TAF | TAP | VSP | COR | VST | LOE | LMA | VAC | VCT       | IMP | Dias AFP | Dias EPS | Dias AFP | Dias EPS | Dias CCF | Administradora | IBC Pension | Agente Pension | Administradora | IBC Salud  | Agente Salud             | Totals       | IBC Riesgos | Agente Riesgos | Administradora | IBC Caja  | Agente Caja       | Agente SSNA  | Agente ICBF | ESAP Ministerio | Total |     |            |
| 055573              | ELMAR HERNANDO ARIAS | 57              | 00                     |        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 30       | 12             | 14          | COTIZACIONES   | \$ 1.759.126   | \$ 261.500 | (EPS/2008) COMPENSAR EPS | \$ 1.759.126 | \$ 219.900  | 2.006          | \$ 1.759.126   | \$ 42.800 | (ICBF/21) C/AF/NI | \$ 1.759.126 | \$ 35.200   | 5,0             | 5,0   | 5,0 | \$ 579.800 |

III. TOTALES

| IBC Pension  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pension | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.759.128 | \$ 1.759.128 | \$ 1.759.128 | \$ 1.759.128 | \$ 281.500      | \$ 219.900    | \$ 42.900       | \$ 38.200     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                            | \$ 0              | \$ 579.500                     | \$ 0                    | \$ 579.500  |

