

	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:		CARDENAS BUITRAGO INGRID CAROLINA										169020	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1016072440			
CORREO		c.cardenas9501@gmail.com				CELULAR				3163591056			
PROCESO:		Hospitalización											
SERVICIO:		Hospitalización				UNIDAD:				Simon Bolivar			
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		A00											
BANCO		12				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		488415314175											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:						2703-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	15772	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	20699	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	26465	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CDP: 4	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 4	35450	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 5	42822	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CDP: 6	1560	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 6	47455	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1720	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 7	51779	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CDP: 8	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 8	57253	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2267	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 9	63104	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CDP: 10	2447	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 10	66453	FECHA	22/11/2021

OBJETO: ENFERMERO (A)													
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					01	11	2021		30	11	2021		
TIPO SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				0			
VALOR MES		3,297,036				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:	43,445,296
VALOR EJECUTADO:	39,864,644
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,013,420
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	170
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,580,652
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	91.76 %

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
54633926	200,000	256,000	3	39,000	0	495,000

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

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA	CARDENAS BUITRAGO INGRID CAROLINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.

	0	0	0	0
HORAS A DESCONTAR: 16 NO ASISTE 9,10 FECHA DE AUSENCIA: 9/11/2021, MOTIVO DE AUSENCIA: PERSONAL, REPORTA: JEFE MARITZA				
CERTIFICACION UMHES SIMÓN BOLÍVAR				
Convenio 018-2021				
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,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA

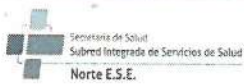
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

INGRID CARDENAS

CARDENAS BUITRAGO INGRID CAROLINA

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 U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50-02						
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 2						
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1						
				FECHA: 30/10/2018					
ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION				UNIDAD:		UMHES SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO: 2703-2021		Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
DOCUMENTO: 1016072440			01	11	2021	30	11	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARDENAS BUITRAGO INGRID CAROLINA									
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) 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.									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☒ Servicios: SI ☒ NO ☐									
ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS						
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.	100%	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.	Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE						
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.	100%	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.	Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.						
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	100%	Se realizan en el mes de recibos y entrega de turno de enfermería en el servicio	Diligenció libros de recibo y entrega de turno completamente diligenciado, Con fechas nombres y apellidos de quien entrega y recibo						
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	100%	Se realizó el Formato con visto bueno de cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares	asignaciones de actividades del mes						
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	100%	Realizar el registro clínico del plan de cuidado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada	Elabore planes de cuidado de enfermería, durante el mes. Realicé auditoría de historias clínicas de manera aleatoria, verificando el cumplimiento, por parte de la referencia y/o el área de calidad.						
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	100%	Solicitud incidencias RUN en mesa de ayuda	Se realizaron soportes de RUN y/o Mesa de ayuda de lo solicitado en el mes.						
7. 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	100%	Realizar la revisión de carro de paro los primeros 5 días del mes, realizar supervisión a los procesos de limpieza y desinfección tanto rutinaria como terminal, diaria y semanalmente.	Presente informes de revisión mensual de carro de paro con firma de recibido por regente de farmacia; cronogramas del mes de limpieza y desinfección completamente diligenciado y firmado.						
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	100%	Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Presenté informes, solicitudes y peticiones entregados a referencia.						
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100%	Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí a capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia						
TOTAL, DE EJECUCIÓN:		100%							
OBSERVACIONES: 170									
TOTAL, A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$3013420) TRES MILLONES TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS									
 CARDENAS BUITRAGO INGRID CAROLINA CC: 1016072440			Fecha: ____/____/____ 30 / 11 / 2021 Firma de recibido supervisor: ELIANA MARIA MOLANO SILVA						
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.									

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1016072440	ingrid carolina cardenas bultrago	kra 96 b # 19 - 37	3012937	c.cardenas9501@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
PERIODO SALUD	2021-10	PERIODO PENSIONES	10/11/2021	54633926	1
TOTAL A PAGAR					\$495,000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Exonerado PAGO PARAFISCALES Y SALUD	Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	89006942-7	200,000	0		NO	Valor	0	1
					No. Autorización		Valor		

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colónidos	800227940-6	256,000	0	0	0	0	0	0	200,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890603780-5	39,000	No. Autorización	Valor	39,000	0	0	390	39,000	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200,000	200,000
Pensión	1	256,000	256,000
Riesgos Laborales	1	39,000	39,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495,000	495,000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016072440	Ingrid carolina cardenas buitrago		kra 96 lv # 19 - 37	3012937	c.cardenas9001@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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	10/11/2021	546333926 \$495,000	

[illegible]

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