

	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:		CAMACHO CONTRERAS MARCELA DEL PILAR										328668							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				30083035									
CORREO		pilarmarce102@hotmail.com				CELULAR				3045232782-3045232784									
PROCESO:		UCI Adultos																	
SERVICIO:		UCI Adultos				UNIDAD:				Engativa									
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				AHORROS									
NUMERO CUENTA BANCARIA		466700064192																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1019-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		166		FECHA		26/01/2024		NÚMERO DE CRP: 1		13284		FECHA		01/02/2024					
NÚMERO DE CDP: 2		410		FECHA		27/03/2024		NÚMERO DE CRP: 2		21469		FECHA		27/03/2024					
NÚMERO DE CDP: 3		628		FECHA		20/05/2024		NÚMERO DE CRP: 3		27044		FECHA		20/05/2024					
NÚMERO DE CDP: 4		810		FECHA		20/06/2024		NÚMERO DE CRP: 4		35086		FECHA		21/06/2024					
NÚMERO DE CDP: 5		923		FECHA		23/07/2024		NÚMERO DE CRP: 5		39898		FECHA		30/07/2024					
OBJETO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS																	
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		05		2024				31		05		2024	
TIPO SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		1,953,372				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:												11,594,208							
VALOR EJECUTADO:												11,594,208							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:												1,827,348							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:												186							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:												174							
VALOR A LIBERAR:												0							
SALDO POR EJECUTAR:												0							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:												100.00 %							
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													
8376283985	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200													
	0	0		0	0														
Certificado Hospital Engativá NP																			
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,



VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARCELA CAMACHO

CAMACHO CONTRERAS MARCELA DEL PILAR

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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	30083035	MARCELA DEL PILAR CAMACHO CONTRERAS		KR 90A 5A 45 SUR CS 102	3045232784	pilarmarce102@hotmail.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77065478	TOTAL A PAGAR \$402.200

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	30083035	MARCELA DEL PILAR CAMACHO CONTRERAS		KR 90A 5A 45 SUR CS 102	3045232784	pilarmarce102@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77065478	10
					TOTAL A PAGAR
					\$402.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	30083035	CAMACHO CONTRERAS MARCELA DEL PILAR	59	0		N																			25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

		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: 19/05/2022							
ÁREA Y/O SERVICIO:		HOSPITALIZACION			UNIDAD:		HOSPITAL ENGATIVA				
No. DE CONTRATO:		1019-2024		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		01		5	2.024	31	5	2.024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Marcela del pilar Camacho contreras		DOCUMENTO:		30083035					
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con 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.				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.							
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.				Desarrolle 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.							
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.				. Cumplí a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.							
4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.				Realice recibo y entrega de turno con registros.							
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).				Cumplí manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).							
6. Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.				Cumplí con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.							
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				Presente informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.							
8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.				Di Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.							
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.				Mantuve confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades							
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.				Aplique la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.							
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.				Registre de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.							
12. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.				Brinde información al usuario y su familia un trato respetuoso.							
13. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.				Adapte a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.							
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)		1,953,372		Un millón novecientos cincuenta y tres mil trescientos setenta y dos							
						Fecha: 31/05/2024					
NOMBRE CONTRATISTA: Marcela del pilar Camacho contreras						Firmado digitalmente					
DOCUMENTO 30083035											
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.											