

 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:		SANCHEZ DIAZ STEFANY ROCIO										230160	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1012453063			
CORREO		stefany-sanchez@outlook.				CELULAR				3194535362			
PROCESO:		Pediatria											
SERVICIO:		Pediatria				UNIDAD:				Simon Bolivar			
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		J08											
BANCO		10				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		468200068053											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1902-2022				N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1		380		FECHA		31/01/2022		NÚMERO DE CRP: 1		13360		FECHA		07/02/2022	

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					01	11	2022		30	11	2022
TIPO SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				0			
VALOR MES		1,800,294 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:	19,226,262
VALOR EJECUTADO:	17,579,630
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,684,146
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	174
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,646,632
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	91.44 %

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
9441998946	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	0	0		0	0	
SE DESCUENTAN 12 HORAS, MOTIVO DE AUSENCIA: PERSONAL, FECHA DE AUSENCIA: 11/11/2022, REPORTA: JEFE ALBA - CERTIFICADO USS SIMON BOLIVAR						
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,

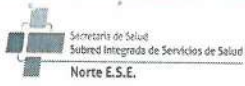
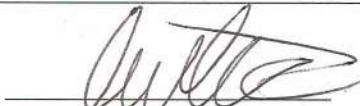
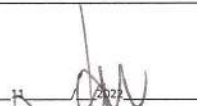
VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANCHEZ DIAZ STEFANY ROCIO

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: 3 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022					
ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN			UNIDAD: UMHES SIMÓN BOLÍVAR					
No. DE CONTRATO: 1902-2022	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS	01	11	2022	30	11	2022		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SANCHEZ DIAZ STEFANY ROCIO			DOCUMENTO: 1012453063					
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 con las necesidades de la institución.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 94 %								
ACTIVIDADES CONTRATADAS				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.				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.				
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.				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.				
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales.				3. Cumplir con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo.				
4. Cumplimiento manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás				4. Realizar el proceso de limpieza y desinfección terminal y rutinaria de su área asignada				
5. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999				5. Realizar el registro clínico de la totalidad de los ítems que así lo requiera la historia clínica sistematizada (SERVINTE) en el 100% de los pacientes a cargo: % de cumplimiento				
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional				6. Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas				
7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.				7. Informar al usuario y su familia, consignando en la historia clínica lo notificado al paciente y/o acompañante				
OBSERVACIONES: Se solicitan 186 horas para el mes de noviembre y ejecuta 174 horas								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$1684146) UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS								
 SANCHEZ DIAZ STEFANY ROCIO CC 1012453063				Fecha: 30 / 11 / 2022  Firma de recibido supervisor: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS				
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.								

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012453063		SANCHEZ DIAZ STEFANY ROCIO	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	dg. 33#33 c 46	BOGOTIA-BOGOTIA D.E.	5793175	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1751637844	9441998946	1	2022/11/16	2022/11/11	BANICO DAVIVIENDA	0	\$309,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
COLFONDOS		231001	800,227,940	6	1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$24,400	\$0	\$0	\$24,400
COLMENA		14-25	800,226,175	3	1	\$24,400	\$0	\$0	\$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7	1	\$125,000	\$0	\$0	\$125,000
TOTAL					1	\$309,400	\$0	\$0	\$309,400

1902
23016

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1012453063		SANCHEZ DIAZ STEFANY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg 33#33 c 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5793175	SI	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1.751637844	9441908046		2022/11/16	2022/11/11	BANCO DAYWIEIDA	0	\$309.400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	IBC	Aporte		
SUCESALES PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000				\$0				\$24,400	\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000				\$0				\$24,400	\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000				\$0				\$24,400	\$0	\$0		
1	CC	1012451043	SANCHEZ STEFANY	30	\$1,000,000	\$160,000	EP9008	30	\$1,000,000	\$125,000	0		\$0	\$0	14-25	30	\$1,000,000	\$24,400	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000				\$0				\$24,400	\$0	\$0		