

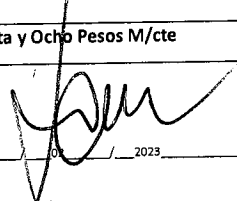
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5																						
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018																						
	INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																								
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VELEZ BONILLA JENNIFFER PATRICIA 250702																									
TIPO DE DOCUMENTO: Cedula No. 1018424079																									
CORREO: jenniffer_vez06@hotmail.com CELULAR: 3206768618																									
PROCESO: Hospitalización																									
SERVICIO: Hospitalización UNIDAD: Suba																									
CENTRO DE COSTOS																									
<table border="1"> <tr> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> </tr> <tr> <td>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	A00										
Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%																
A00																									
BANCO: 12 TIPO CUENTA: AHORROS																									
NUMERO CUENTA BANCARIA: 488408239256																									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1685-2023 N° DE PAGOS DEL CONTRATO																									
NÚMERO DE CDP: 1 142 FECHA: 11/01/2023 NÚMERO DE CRP: 1 12684 FECHA: 31/01/2023																									
OBJETO: ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS																									
PERIODO CERTIFICADO																									
<table border="1"> <tr> <th>DESDE</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>HASTA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td>01</td> <td>02</td> <td>2023</td> <td></td> <td>28</td> <td>02</td> <td>2023</td> </tr> </table>					DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		01	02	2023		28	02	2023					
DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO																		
	01	02	2023		28	02	2023																		
TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0																									
VALOR MES: 3,395,988 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: 13,583,952																									
VALOR EJECUTADO: 3,395,988																									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: 3,395,988																									
TOTAL HORAS CONTRATADAS: 186																									
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: 186																									
VALOR A LIBERAR: 0																									
SALDO POR EJECUTAR: 10,187,964																									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: 25.00 %																									
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.																									
<table border="1"> <tr> <th>PLANILLA</th> <th>VALOR EPS</th> <th>VALOR AFP</th> <th>RIES</th> <th>VALOR ARL</th> <th>VALOR CAJA</th> <th>TOTAL PLANILLA</th> </tr> <tr> <td>8365416670</td> <td>158,400</td> <td>202,700</td> <td>3</td> <td>30,900</td> <td>0</td> <td>392,000</td> </tr> <tr> <td>8365675049</td> <td>600</td> <td>800</td> <td></td> <td>200</td> <td>0</td> <td>1,600</td> </tr> </table>					PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA	8365416670	158,400	202,700	3	30,900	0	392,000	8365675049	600	800		200	0	1,600
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA																			
8365416670	158,400	202,700	3	30,900	0	392,000																			
8365675049	600	800		200	0	1,600																			
DIGITO: UMHE - 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,

VARGAS WENDEUS ELIANA CHRISTINA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VELEZ BONILLA JENNIFFER PATRICIA
 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.

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	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:	CSE SUBA		
No. DE CONTRATO: 1685-2023	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		1	02	2023	28	02	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VELEZ BONILLA JENNIFFER PATRICIA		DOCUMENTO: 1018424079					
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 con las necesidades de la institución.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							
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, Auditoría 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 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.				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				Se realizan en el mes de recibos y entrega de turno de enfermería en el servicio			
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades				Se realizó el Formato con visto bueno de cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares			
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo				Realizar el registro clínico del plan de cuidado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada			
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.				Solicitud incidencias RUN en mesa de ayuda			
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				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.			
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen				Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen			
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional				Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas			
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$3395988) Tres Millones Trescientos Noventa y Cinco Mil Novecientos Ochenta y Ocho Pesos M/cte							
 VELEZ BONILLA JENNIFFER PATRICIA CC1018424079				 Fecha: 28 / 05 / 2023 Firma de recibido supervisor:			

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFFER PATRICIA VELEZ BONILLA
No. Identificación: CC1018424079
Dirección: CRA 102A NO 74 60
Telefono: 2278752
Correo: jennifer_velez06@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8365416670

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNIFFER PATRICIA VELEZ BONILLA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1018424079	Periodo de Cotización Salud	enero de 2023
Número de planilla	8365416670	Periodo de Cotización Pensión	enero de 2023
Fecha pago	2023-02-08	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	11826432	Total Pagado	392000
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	30900	1
230301	Porvenir	202700	1
EPS005	Sanitas EPS	158400	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1018424079
 APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFFER PATRICIA VELEZ BONILLA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1266800	1266800	1266800	0	158400	0	202700	0	30900	0