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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZAMORANO CUMACO JENNY EFIGENIA		96029
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1022390095
CORREO	yennylaz94@hotmail.com	CELULAR	3219925018
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	480870016585		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5810-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1649	FECHA	05/08/2020	NÚMERO DE CRP: 1	37361	FECHA	20/08/2020
NÚMERO DE CDP: 2	1999	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP: 2	42363	FECHA	25/09/2020
NÚMERO DE CDP: 3	2135	FECHA	20/10/2020	NÚMERO DE CRP: 3	46041	FECHA	20/10/2020

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2020		31	10	2020

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,264,300	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:	10,284,300
VALOR EJECUTADO:	9,353,700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,053,700
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	174
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	930,600
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	90.95 %

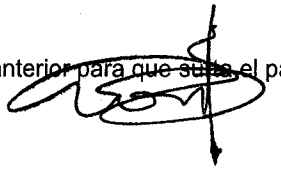
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

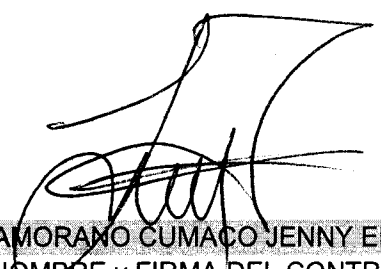
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953.104, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
45973101	270,000	345,600	3	52,700	0	668,300
	0	0		0	0	

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,





HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ZAMORANO CUMACO JENNY EFIGENIA
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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS					UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 5810 - 2020	Periodo certificado		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1022390095			1	10	2020	31	10	2020

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ZAMORA CUMACO JENNY EFIGENIA

OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL ASISTENCIAL - ENFERMERO (a), para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Subred Norte.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO X Servicios: X

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, Auditoria 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, Auditoria 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, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería	100	3) Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería	30/30
4) Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	100	4) Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	1 formatos de asignacion mensual
5) Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno.	100	5) Ejecución entrega de los pendientes en el cambio de turno.	30/30
6) Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos.	100	6) Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos.	30/30
7) Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	100	7) Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Soportes RUN
8) Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración hemoderivados, diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio.	100	8) Tomas de laboratorio, hemocultivo y administración hemoderivados, diligenciamiento de los formatos institucionales de acuerdo al servicio.	30/30
9) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado.	100	9) Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado.	30/30
10) Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes.	100	10) Sensibilización en derechos y deberes a los pacientes.	30/30
11) cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades.	100	11) cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades.	30/30
12) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería cumpliendo la resolución 1995/99.	100	12) Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería cumpliendo la resolución 1995/99.	30/30
13) Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen.	100	13) Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen.	30/30
14) Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100	14) Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Según programacion
15) Cumplimiento de lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato	100	15) Cumplimiento de lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato	30/30
16) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso.	100	16) Cumplimiento de las directrices institucionales según el caso.	30/30
17) Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades y aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.	100	17) Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades y aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.	30/30

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($3.053.700) TRES MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

Fecha: 31/10/2020

ZAMORA CUMACO JENNY EFIGENIA CC: 1022390095

Firma de recibido supervisor

DR HARVEY NEUTA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

5810

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022390095	JENNY EFIGENIA ZAMORANO CUMACO	Calle 157 c 91 86 torre 6 apt 1022	3881599	yennytaz94@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-09	2020-09	I	13/10/2020	45973101	TOTAL A PAGAR	
					$668.300	

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	270.000	0		0		0	0	0	0	270.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	345.600	0	0	0	0	0	0		345.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	52.700				52.700	0	0	52.700			527	52.700	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	270.000	270.000
Pensión	1	345.600	345.600
Riesgos Laborales	1	52.700	52.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	668.300	668.300

45973101

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022390095	JENNY EFIGENIA ZAMORANO CUMACO	Calle 157 c 91 86 torre 6 apt 1022	3881599	yennytaz94@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	13/10/2020	45973101	$668.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRD	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1022390095	ZAMORANO CUMACO JENNY EFIGENIA	59	0			N																	231001	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS008	2.160.000	270.000	14-11	2.160.000	3	52.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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