| 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: | MELO GUZMAN SAIRA ANDREA | | 158432 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 23846067 |
| CORREO | samelog32@gmail.com | CELULAR | 3142734139 |
| PROCESO: | Urgencias | | |
| SERVICIO: | Urgencias | 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 | 4870307826 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1633-2021 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 321 | FECHA | 04/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 14382 | FECHA | 04/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 375 | FECHA | 15/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 2 | 19900 | FECHA | 23/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 707 | FECHA | 31/03/2021 | NÚMERO DE CRP: 3 | 25398 | FECHA | 31/03/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 801 | FECHA | 23/04/2021 | NÚMERO DE CRP: 4 | 29583 | FECHA | 23/04/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1129 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP: 5 | 35925 | FECHA | 27/05/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1397 | FECHA | 30/06/2021 | NÚMERO DE CRP: 6 | 43938 | FECHA | 30/06/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 1559 | FECHA | 23/07/2021 | NÚMERO DE CRP: 7 | 46826 | FECHA | 23/07/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 8 | 1719 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 8 | 52778 | FECHA | 25/08/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 9 | 1720 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 9 | 53558 | FECHA | 25/08/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 10 | 2038 | FECHA | 30/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 10 | 56524 | FECHA | 30/09/2021 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO V | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 09 | 2021 | | 30 | 09 | 2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 7,056,654 | 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: | 56,140,008 |
| VALOR EJECUTADO: | 56,140,008 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 7,056,654 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7810397901 | 352,900 | 451,700 | 3 | 68,800 | 0 | 873,400 |

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

Andrea Melo

| HARVEY NEUTA | MELO GUZMAN SAIRA ANDREA |
|---|---|
| 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.

| 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.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 30/10/2018 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS | | | | | UNIDAD: | | Simon Bolivar | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 1633/2020 | Periodo certificado | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: 23846067 | | | 1 | 09 | 2021 | 30 | 9 | 2021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: SAIRA ANDREA MELO GUZMAN | | | | | | | | |

**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): ($7.056.654) SIETE MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL SEICIENTOS CIENCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE**

Fecha: 30/09/2021

Andrea Melo

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN CC 23846067

Firma de recibido supervisor

DR HARVEY NIETA

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

1633
186

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 23846067 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SAIRA ANDREA MELO GUZMAN |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 87B # 19A-66 | TELÉFONO: | 4284386 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 002 - ENGATIVA |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7810397901 | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/09/10 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1125556419 | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 451.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 451.700** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 352.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 352.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 68.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 68.800** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 873.400** |
|---|---|



1633