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:	MUÑOZ IBAÑEZ DILMA YANETH		159004
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	39726064
CORREO	andi801112@hotmail.com	CELULAR	3232075734
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	2	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	230033114638		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3284-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	12951	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	18621	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	26287	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1127	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 4	36936	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 5	41584	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1561	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 6	45952	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1767	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 7	55020	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 8	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 8	57662	FECHA	30/09/2021

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
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	1,747,842	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:	13,749,660
VALOR EJECUTADO:	13,749,660
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,522,314
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	162
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
1040044552	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

Certificado Unidad de Engativá

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

MOLANO SILVA ELIANA MARIA	MUÑOZ IBAÑEZ DILMA YANETH
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.

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,

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MUÑOZ IBAÑEZ DILMA YANETH
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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA				UNIDAD:	UMHES ENGATIVA CALLE 80		
No. DE CONTRATO: 3284 - 2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 39726064		01	09	2021	30	09	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MUÑOZ IBAÑEZ DILMA YANETH							

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 a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO __X__ Servicios: SI ___X_ NO _____

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.	% 100	3. Cumplo con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo.	0 Entregas de turno realizadas y registradas en el mes
4. Cumplimiento manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás	% 100	4. Realizar el proceso de limpieza y desinfección terminal y rutinaria de su área asignada	0 Realizo el proceso de limpieza y desinfección terminal. Y el proceso de limpieza y desinfección rutinaria
5. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	% 100	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	0 firmas pendientes en SERVINTE (entregar pantallazo)
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	% 100	6. Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí a 3 capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia
7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	% 100	7. Informar al usuario y su familia, consignando en la historia clínica lo notificado al paciente y/o acompañante	0 de quejas, peticiones y reclamos.
TOTAL DE EJECUCIÓN:			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1522314)UN MILLON QUINIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS

MUÑOZ IBAÑEZ DILMA YANETH
CC39726064

Fecha: 30 / 09 / 2021

Firma de recibido supervisor:

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

#contrato 3284

186 - 24 = 162

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-20, 04:00:48 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040044552 **Referencia pago(PIN)** 8861192440

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202108

Cliente:

PAGADA 2021-09-07

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DILMA JANETH MUÑOZ IBAÑEZ				
Documento	CC 39726064	**Dirección**	CR 1A #9 A - 14		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143807011		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SIBATE	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 39726064	Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00				MUÑOZ IBAÑEZ DILMA YANETH	25740000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	VSP	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 908.526	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	NINCC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

¡El Poder de lo SIMPLE!