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:	MARTINEZ RICAURTE LUZ ANGELA		162491
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52058355
CORREO	MARTINEZLUZ642@GMAIL.	CELULAR	3115199278
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias	UNIDAD:	Suba

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	342157385		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1766-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	15849	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	20750	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	27023	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1128	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 4	37448	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 5	41586	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1559	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 6	46663	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1719	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 7	52680	FECHA	25/08/2021

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2021		31	10	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:	15,869,376
VALOR EJECUTADO:	15,869,376
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,747,842
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.

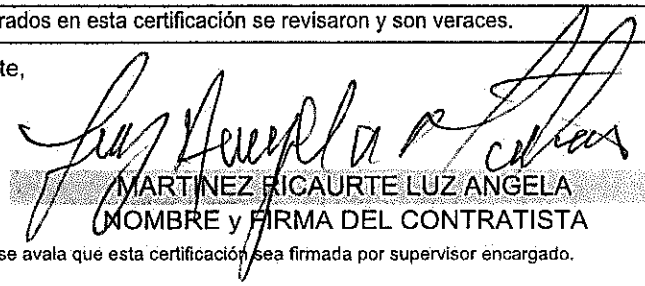
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9425073536	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

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,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Octubre 2021

HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



MARTINEZ RICAURTE LUZ ANGELA
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.

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: 1766- 2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52058355		01	10	2021	31	10	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA MARTINEZ RICAURTE

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Subred Norte ESE.

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,capacitaciones,retroalimentacion de mejoras para la acreditacion 2,sensibilizacion para mejoramieno de la atencion con calidad 3, mantenimiento de la relaciones laborales en pro de atencion integra de los servicios	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	1,educacion continua y capacitacion correspondiente para el mejoramiento de las actividades em el servicio 2,compromiso permanente para la atencion integral del paciente basada en la mision y vision de la institucion	Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo.	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.	30/30
4. cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes.	100	4. Cumplo con el manual de bioseguridad en el servicio asignado, sensibilización en derechos y deberes a los pacientes.	30/30
5. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades.	100	5. Cumplo con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades.	30/30
6. Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería, cumpliendo con la Resolución 1995/99	100	6. Cumplo con los instructivos de enfermería en la realización de las actividades al usuario y realización de los registros de enfermería, cumpliendo con la Resolución 1995/99	30/30
7. Presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato	100	7. Presentar informes, asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato	30/30
8. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	8. Cumplo con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	30/30
9. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso.	100	9. Cumplo con la confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso.	30/30
10. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional	100	10. Aplico 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 : $ 1 747 842 UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS MCT



LUZ ANGELA MARTINEZ RICAURTE CC: 52058355

Fecha: 31/10/2021

Firma de recibido supervisor:_____

DR HARVEY NEUTA

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

1966

en línea

GENERALES DEL APORTANTE

tificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
8355		MARTINEZ RICAURTE LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transv. 4 b no. 4 65	SOACHA-CUNDINAMARCA	8975249	No

GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ón	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2021-09	25073536	9425073536	I	2021/10/13	2021/10/12	BANCO AV VILLAS	0	$281,200

IMEN DE PAGO

O	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
DMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
FONDOS	231001	800,227,940	6	1	$145,400	$0	$0	$145,400
DMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
DMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
AISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
L				1	$281,200	$0	$0	$281,200