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												158751
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	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:	14,121,534
VALOR EJECUTADO:	14,121,534
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
9423855517	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,

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.

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: 1766 2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52058355		01	09	2021	30	09	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

1,747,842

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,747,842 UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS..

Fecha...30-09-2021

LUZ ANGELA MARTINEZ. CC: 52058355

Firma de recibido supervisor:

DR HARVEY NEUTA

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

1166

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52058355		MARTINEZ RICAURTE LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transv. 4 b no. 4 65	SOACHA-CUNDINAMARCA	8975249	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1126973206	9423855517	I	2021/09/13	2021/09/13	BANCOLOMBIA	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

PLANILLA PAGADA