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:	Equipos Territoriales			UNIDAD:			Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	9530-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:	1010206221		28	10	2021	31	10	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Grajales Silva Camila Alejandra							
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) 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 X NO Servicios: SI 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%	CAPACITACION SECRETARIA DE SALUD	CAPACITACION CON SECRETARIA DE SALUD.
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.			
3.	1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas 2. Liderar la priorización de hogares y definidos y prioridades de alertas en salud mental , discapacidad y de cuidadores 3. Adelantar la construcción de las recomendaciones para la formulación del plan de cuidado en los hogares con prioridad media. 4. Analizar los resultados de las visitas complementarias con el equipo de trabajo, a fin de presentar en el comité de cuida casos de prioridad alta 5. Solicitar al gestor local la convocatoria del comité del cuidado 6. Programar y liderar el desarrollo del comité del cuidado 7. Analizar la información sobre la caracterización de las familias realizada por los grupos base. 6. Establecer diariamente y con base en la información disponible, cual es la clasificación de los hogares visitados por el grupo base y cuales se realizarán visitas complementarias. Estas decisiones serán consignadas diariamente en el formato del formulario de recolección de información establecido para tal fin. 8. Avanzar en la elaboración del plan de cuidado para las familias de prioridad media, para las familias de prioridad alta y bajo su liderazgo. 9. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda. 10. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el registro de cada atención. 11. Generar los reportes, informes y consolidación de bases y/o herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla. 12. Aportar a los procesos de gestión documental, de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred.			
	TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) $ 234.048

DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Grajales Silva Camila Alejandra

CC 1.010.206.221

Fecha : 31/ 10/ 2021

Firma de recibido supervisor:

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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

Escaneado con CamScanner

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:	GRAJALES SILVA CAMILA ALEJANDRA		166135
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1010206221
CORREO	cgrajalessilva@gmail.com	CELULAR	3023750925
PROCESO:	Convenio Enterritorio		
SERVICIO:	Convenio Enterritorio	UNIDAD:	Ferias

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

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	9530-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2187	FECHA	20/10/2021	NÚMERO DE CRP: 1	59952	FECHA	25/10/2021

OBJETO:	ENFERMERO (A)								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			28	10	2021		31	10	2021
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	3,627,684	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:	7,980,905
VALOR EJECUTADO:	234,048
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	234,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	12
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,746,857
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	2.93 %

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
9530202110	0	0	3	0	0	0
	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

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GRAJALES SILVA CAMILA ALEJANDRA
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.

Escaneado con CamScanner