Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	CÓDIGO: AP-CT-F-16-0 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SALAMANCA VIANA ESNEIDER												161836
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1151436454				
CORREO	sneiderviana07@gmail.com				CELULAR				3222514948				
PROCESO:	Hospitalización												
SERVICIO:	Hospitalización				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	1				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	920163821												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0444-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	14	FECHA	04/01/2021	NÚMERO DE CRP: 1	12538	FECHA	26/01/202
NÚMERO DE CDP: 2	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 2	25042	FECHA	31/03/202
NÚMERO DE CDP: 3	1128	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 3	36633	FECHA	27/05/202
NÚMERO DE CDP: 4	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 4	43026	FECHA	25/06/202
NÚMERO DE CDP: 5	1559	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 5	49222	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1719	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 6	52971	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	2,232,000	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:	18,207,210
VALOR EJECUTADO:	18,207,210
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
8353487302	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	0	0		0	0	

Certificado Unidad de Engativá
Convenio 003-2021

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

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sneider Salamanca

SALAMANCA VIANA ESNEIDER
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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA — **UNIDAD: UMHES ENGATIVA CALLE 80**

No. DE CONTRATO: 0444-2021		**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 1151436454	**Periodo certificado**	**01**	**10**	**2021**	**31**	**10**	**2021**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SALAMANCA VIANA ESNEIDER

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.	16 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	6 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 2 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 ($1747842)UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

Sneider Salamanca

SALAMANCA VIANA ESNEIDER

CC1151436454

Fecha: 31 / 10 / 2021

Firma de recibido supervisor:

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

#contrato 0444
186

Señor(es):	ESNEIDER SALAMANCA VIANA
Nit:	CC 1151436454
Dirección:	CL 62 I 75 22 SUR
Teléfono:	3222514948 **Fax:** 3222514948
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ESNEIDER SALAMANCA VI
Tipo y número de identificación	1151436454
Número de radicación planilla	83534873O2
Fecha de pago	10/12/2021
Número de autorización de pago	9558105
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2021
Periodo cotización pensión	Septiembre 2021
Periodo cotización caja	Septiembre 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$281.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	$22.200	1
230301	Porvenir	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información