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
		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 HOLGUIN GLORIA ANGELICA		163444
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1127944456
CORREO	angelica.mh20@hotmail.com	CELULAR	3168308191
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	69746110227		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3283-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	12950	FECHA	04/02/2(
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	18623	FECHA	23/02/2(
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	25150	FECHA	31/03/2(
NÚMERO DE CDP: 4	802	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 4	29628	FECHA	23/04/2(
NÚMERO DE CDP: 5	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 5	35284	FECHA	27/05/2(
NÚMERO DE CDP: 6	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 6	41589	FECHA	25/06/2(
NÚMERO DE CDP: 7	1561	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 7	45951	FECHA	23/07/20
NÚMERO DE CDP: 8	1767	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 8	55019	FECHA	25/08/20
NÚMERO DE CDP: 9	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 9	57661	FECHA	30/09/20
NÚMERO DE CDP: 10	2267	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 10	61454	FECHA	27/10/20

OBJETO: ENFERMERO (A)

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	3,297,036	VALOR LETRAS	

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta e
el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	29,217,88(
VALOR EJECUTADO:	29,005,16
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,084,32
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	18
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	17
VALOR A LIBERAR:	(
SALDO POR EJECUTAR:	212,71
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.27 %

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. Lo 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
1040389513	164,900	211,100	3	32,200	0	408,20(

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:

MUÑOZ HOLGUIN GLORIA ANGELICA
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: HOSPITALIZACION					UNIDAD:		UMHES ENGATIVA CALLE 80
No. DE CONTRATO: 3283-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1127944456		01	10	2021	31	10	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MUÑOZ HOLGUIN GLORIA ANGELICA

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios 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 ____ 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%	Se realizan en el mes de recibos y entrega de turno de enfermería en el servicio	Diligencié Libro de recibo y entrega de turno completamente diligenciado, Con fechas nombres y apellidos de quien entrega y recibo: 15
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	100%	Se realizó el Formato con visto bueno de cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares	Asignación de actividades, del mes: 1
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	100%	Realizar el registro clínico del plan de cuidado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada	Elabore los Planes de cuidado de enfermería, durante el mes: 30 Realicé Auditoria de historias clínicas de manera aleatoria, verificando el cumplimiento, por parte de la referencia y/o el área de calidad: 1
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	100%	Solicitud incidencias RUN en mesa de ayuda	Se realizaron soportes de RUN y/o Mesa de ayuda de lo solicitado en el mes: 2
7. cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades: Revisión de carro de paro, limpieza y desinfección del servicio	100%	Realizar la revisión de carro de paro los primeros 5 días del mes, realizar supervisión a los procesos de limpieza y desinfección tanto rutinaria como terminal, diaria y semanalmente.	Presente Informe de revisión mensual de carro de paro con firma de recibido por regente de farmacia; cronograma del mes de limpieza y desinfección completamente diligenciado y firmado: 1
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	100%	Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Presento informes, solicitudes y peticiones entregados a referencia. 15
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100%	Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia 1
TOTAL, DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES:

TOTAL, A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3084324) TRES MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

MUÑOZ HOLGUIN GLORIA ANGELICA
CC:1127944456

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 3205

186-12=174

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-10-11, 11:11:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040389513

Periodo Cotización: septiembre de 2021 **Periodo Servicio:** septiembre de 2021

PAGADO 10/10/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA ANGELICA MUNOZ HOLGUIN		
Documento	CC1127944456	**Dirección**	CL 57V SUR #66 A - 69 APTO 102
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3168308191
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1127944456	GLORIA ANGELICA MUÑOZ HOLGUIN	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1,318,814	$ 211,100	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1,318,814	$ 164,900	2,436	$ 1,318,814	$ 32,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 408,200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,318,814	$ 1,318,814	$ 1,318,814	$ 0	$ 211,100	$ 164,900	$ 32,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 408,200	$ 0	$ 408,200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!