

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05							
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5							
			PÁGINA: 1 DE 1							
		FECHA: 16/02/2018								
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		OROZCO HUELVAS DANIELA ISABEL			171148					
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1007162303							
CORREO	danielaorozcohuelva@gmail.		CELULAR	3135464602						
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	%
	A00									
BANCO	12		TIPO CUENTA	SIN CUENTA						
NUMERO CUENTA BANCARIA						0				
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0244-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	88	FECHA	12/01/2021	NÚMERO DE CRP: 1	7899	FECHA	14/01/2021			
NÚMERO DE CDP: 2	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 2	27483	FECHA	31/03/2021			
NÚMERO DE CDP: 3	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 3	35053	FECHA	27/05/2021			
NÚMERO DE CDP: 4	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 4	43147	FECHA	25/06/2021			
NÚMERO DE CDP: 5	1559	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 5	49507	FECHA	23/07/2021			
NÚMERO DE CDP: 6	1720	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 6	55431	FECHA	25/08/2021			
NÚMERO DE CDP: 7	2038	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 7	56153	FECHA	30/09/2021			
NÚMERO DE CDP: 8	2266	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 8	63283	FECHA	27/10/2021			
NÚMERO DE CDP: 9	2446	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 9	67076	FECHA	22/11/2021			
OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
			01	11	2021		30	11	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:				23,842,381						
VALOR EJECUTADO:				21,981,775						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:				1,635,078						
TOTAL HORAS CONTRATADAS:				186						
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:				174						
VALOR A LIBERAR:				0						
SALDO POR EJECUTAR:				1,860,606						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:				92.20 %						
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				
8354950208	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200				
	0	0		0	0					

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 Noviembre
2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Daniela Orozco

OROZCO HUELVAS DANIELA ISABEL
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.

SE DESCUENTAN: 12 HORAS, FECHA DE AUSENCIA: 15/11/2021, MOTIVO DE AUSENCIA: PERSONAL, REPORTA: JEFE ZULEMA
CERTIFICACIÓN UMHES SIMÓN BOLÍVAR
Convenio 018-2021
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 Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Daniela Orozco

OROZCO HUELVAS DANIELA ISABEL
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.

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</div>	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: HOSPITALIZACION			UNIDAD:		UMHES SIMÓN BOLÍVAR		
No. DE CONTRATO: 0244-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1007162303		01	11	2021	30	11	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OROZCO HUELVAS DANIELA ISABEL							
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 <u>X</u> Servicios: SI <u>X</u> 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. Cumplir con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo.			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			Realizo procesos de limpieza y desinfección terminal. procesos 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: 100% de cumplimiento			0 firmas pendientes en SERVINTE		
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100%	6. Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas			Asistí a 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			quejas, peticiones y reclamos.		
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%						
OBSERVACIONES: 174							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$1635078) UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETENTA Y OCHO PESOS							
 OROZCO HUELVAS DANIELA ISABEL CC 1007162303		Fecha: <u>30</u> / <u>11</u> / <u>2021</u> Firma de recibido supervisor: ELIANA MARIA MOLANO SILVA					
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS
No. Identificación: CC1007162303
Dirección: CALLE38 C SUR #93 C 05
Telefono: 7631251
Correo: danielaorozcohuelva@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8354950208

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1007162303	Período de Cotización Salud	octubre de 2021 ✓
Número de planilla	8354950208	Período de Cotización Pensión	octubre de 2021 ✓
Fecha pago	2021-11-26	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	29218318	Total Pagado	281200
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200 ✓	1
230301	Porvenir	145400 ✓	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	113600 ✓	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1007162303
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0