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:	CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA												168575
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1032456644				
CORREO	linacepeda2993@gmail.com				CELULAR				3208795044				
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	7				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	0142605609												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0288-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	88	FECHA	12/01/2021	NÚMERO DE CRP: 1	7927	FECHA	16/01/2021
NÚMERO DE CDP: 2	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 2	27086	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 3	35638	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 4	43118	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1559	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 5	49425	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1720	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 6	55453	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 7	2038	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 7	56177	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 8	2266	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 8	63244	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2447	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 9	65990	FECHA	22/11/2021

OBJETO:	ENFERMERO (A)							
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	5,952,000	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:	49,841,504
VALOR EJECUTADO:	46,544,468
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,297,036
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,297,036
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	93.38 %

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
9427005695	164,900	211,100	3	32,200	0	408,200
	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:

CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA
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.

CERTIFICACION 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:

CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA
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: PISO HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICA					UNIDAD:		UMHES SIMÓN BOLÍVAR
No. DE CONTRATO: 0288-2021	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 1032456644		**01**	**11**	**2021**	**30**	**11**	**2021**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA

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 16 libros de recibo y entrega de turno completamente diligenciado. Con fechas nombres y apellidos de quien entrega y recibo
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	3 asignaciones de actividades del mes
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 180 planes de cuidado de enfermería, durante el mes. Realicé 0 auditoria de historias clínicas de manera aleatoria, verificando el cumplimiento, por parte de la referencia y/o el área de calidad.
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	100%	Solicitud incidencias RUN en mesa de ayuda	Se realizaron 0 soportes de RUN y/o Mesa de ayuda de lo solicitado en el mes.
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 1 informes de revisión mensual de carro de paro con firma de recibido por regente de farmacia; 2 cronogramas del mes de limpieza y desinfección completamente diligenciado y firmado.
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	Presenté 0 informes, solicitudes y peticiones entregados a referencia.
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	100%	Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas	Asistí a 5 capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia
TOTAL, DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES: 186

TOTAL, A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3297036) TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TREINTA Y SEIS PESOS



CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA

CC: 1032456644

Fecha : ___30___/____11____/____2021_____

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.

aportes en línea

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 1032456644		CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 44 C BIS 50 26 BQ C APT 413	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	25094655	9427005695	I	2021/11/11	2021/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	1	$408,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,100	$0	$0	$211,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$211,100	$0	$0	$211,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,200	$0	$0	$32,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$32,200	$0	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$164,900	$0	$0	$164,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$164,900	$0	$0	$164,900
TOTAL				1	$408,200	$0	$0	$408,200

2021/11/12 04:32 PM

0288
168575

aportes en línea

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 1032456644		CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 44 C BIS 50 26 BQ C APT 413	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	25094655	9427005695	I	2021/11/11	2021/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	1	$408,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,318,814	$211,100			$1,318,814	$164,900			$0	$0			$1,318,814	$32,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,318,814	$211,100			$1,318,814	$164,900			$0	$0			$1,318,814	$32,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,318,814	$211,100			$1,318,814	$164,900			$0	$0			$1,318,814	$32,200		$0	$0
1	CC	1032456644	CEPEDA LINA	25-14	30	$1,318,814	$211,100	EPS005	30	$1,318,814	$164,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,318,814	$32,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,318,814	$211,100			$1,318,814	$164,900			$0	$0			$1,318,814	$32,200		$0	$0

2021/11/12 04:32 PM