| 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: | RODRIQUEZ ROMERO CAROLINA | | 170059 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1013653284 |
| CORREO | meganysaray18@gmail.com | CELULAR | 3204326773 |
| PROCESO: | Quirurgicos | | |
| SERVICIO: | Quirurgicos | 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 | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 488415245957 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3563-2021 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 321 | FECHA | 04/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 14590 | FECHA | 04/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 375 | FECHA | 15/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 2 | 19453 | FECHA | 23/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 707 | FECHA | 31/03/2021 | NÚMERO DE CRP: 3 | 27254 | FECHA | 31/03/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1127 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP: 4 | 36739 | FECHA | 27/05/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1347 | FECHA | 25/06/2021 | NÚMERO DE CRP: 5 | 41215 | FECHA | 25/06/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1561 | FECHA | 23/07/2021 | NÚMERO DE CRP: 6 | 47192 | FECHA | 23/07/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 1767 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 7 | 52380 | FECHA | 25/08/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 8 | 2267 | FECHA | 27/10/2021 | NÚMERO DE CRP: 8 | 61032 | FECHA | 27/10/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 9 | 2446 | FECHA | 22/11/2021 | NÚMERO DE CRP: 9 | 67648 | 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 | 1,747,842 | 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: | 15,416,000 |
| VALOR EJECUTADO: | 13,592,982 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,672,666 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 178 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 1,823,018 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 88.17 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 54677768 | 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:

Carolina R R

RODRIQUEZ ROMERO CAROLINA

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 DECUENTAN: 8 HORAS, FECHA: 24/11/2021, MOTIVO: PERMISO, REPORTA: JEFE GINA<br>CERTIFICACION UMHES SIMÓN BOLÍVAR<br>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:

RODRIQUEZ ROMERO CAROLINA

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.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 30/10/2018 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA | | | UNIDAD: | UMHES SIMÓN BOLÍVAR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 3563-2021 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: 1013653284 | | 01 | 11 | 2021 | 30 | 11 | 2021 |

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RODRIQUEZ ROMERO CAROLINA

**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. | 0 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 0 procesos de limpieza y desinfección terminal. 0 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 1 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 quejas, peticiones y reclamos. |
| TOTAL DE EJECUCIÓN: | 100% | | |

**OBSERVACIONES: 178**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1672666)** UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

RODRIQUEZ ROMERO CAROLINA

CC 1013653284

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.**

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

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO |
| **No. Identificación:** | CC1013653284 |
| **Dirección:** | CALLE 42 B BIS SUR #82 D 13 |
| **Telefono:** | 3933083 |
| **Correo:** | meganysaray18@gmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 54677768 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO |
| **Tipo y número de identificación** | CC1013653284 |
| **Número de planilla** | 54677768 |
| **Fecha pago** | 2021-11-12 |
| **Número de autorización pago** | 1050200 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2021 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2021 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 281200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 22200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

54677768

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013653284
APELLIDOS Y NOMBRES: CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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