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:	MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA			170071
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1033754031	
CORREO	shilymar1015@gmail.com	CELULAR	3057345289	
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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6693-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1002	FECHA	12/05/2021	NÚMERO DE CRP: 1	32280	FECHA	18/05/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 2	38645	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1561	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 3	47979	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1721	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 4	50971	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2040	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 5	58372	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 6	2268	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 6	60489	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 7	2446	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 7	67781	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:	13,738,414
VALOR EJECUTADO:	11,727,456
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:	2,010,958
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	85.36 %

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
9426975185	126,900	162,400	3	24,800	0	314,100
	0	0		0	0	

CERTIFICACIÓN UMHES SIMÓN BOLÍVAR
Convenio 018-2021

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 Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA
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.

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:

MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA

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: UNIDAD RENAL				UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR		
No. DE CONTRATO: 6693-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1033754031		01	11	2021	30	11	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA

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.	26 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 52 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 3 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: 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1747842) UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA

CC 1033754031

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 1033754031		MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 13 #50a-31 Sur	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	29515315	9426975185	I	2021/11/09	2021/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	2	$314.100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,400	$0	$0	$162,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$162,400	$0	$0	$162,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,800	$0	$0	$24,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,800	$0	$0	$24,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$126,900	$0	$0	$126,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$126,900	$0	$0	$126,900
TOTAL				1	$314,100	$0	$0	$314,100

2021/11/12 09:35 AM

669

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 1033754031		MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 13 #50a-31 Sur	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	29515315	9426975185	I	2021/11/09	2021/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	2	$314,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,014,876	$162,400			$1,014,876	$126,900			$0	$0			$1,014,876	$24,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,014,876	$162,400			$1,014,876	$126,900			$0	$0			$1,014,876	$24,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,014,876	$162,400			$1,014,876	$126,900			$0	$0			$1,014,876	$24,800		$0	$0
1	CC 1033754031	MUÑOZ SHIRLEY	230201	30	$1,014,876	$162,400	EPS008	30	$1,014,876	$126,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,014,876	$24,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,014,876	$162,400			$1,014,876	$126,900			$0	$0			$1,014,876	$24,800		$0	$0