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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA		172682
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	46668687
CORREO	anarosalm14@gmail.com	CELULAR	null
PROCESO:	[redacted]		
SERVICIO:	[redacted]	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	227013448		

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3111-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	15125	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	19259	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	26382	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 4	35361	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 5	41868	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1560	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 6	46371	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1767	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 7	54895	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 8	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 8	57538	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2267	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 9	61677	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 10	2447	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 10	65025	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 11	2753	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 11	69400	FECHA	14/12/2021

OBJETO:	ENFERMERO (A)							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2021		31	12	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 en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	42,904,238
VALOR EJECUTADO:	42,567,444
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,449,226
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	251
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	336,794
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.22 %

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 PENSIÓN	VALOR SALUD	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
[redacted]					

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 Diciembre 2021

[redacted]

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

[redacted]

LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA

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.

9428178935	263,900	337,700	3	51,500	0	653,10
	0	0		0	0	

Certificado Unidad de Engativá

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 Diciembre 2021

HERNANDEZ GARCIA JUAN SEBASTIAN

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA

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
	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: ENFERMERIA - HOSPITALIZACION

UNIDAD: UMHES ENGATIVA CALLE 80

No. DE CONTRATO: 3111-2021

DOCUMENTO: 46668687

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA

Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	01	12	2021	31	12	2021

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 recibe
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
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 Realicé 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 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 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
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 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 capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia
TOTAL, DE EJECUCIÓN:	**100%**		
OBSERVACIONES:			

TOTAL, A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($4449226) Cuatro Millones Cuatrocientos Cuarenta y Nueve Mil Docientos Veintiseis Pesos

NOMBRE COMPLETO LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA

CC 46668687

Fecha : ___31____/___12_____/__2021_____

Firma de recibido supervisor:

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

en línea

Resumen General de Pago

CONTRATO 5111

264-12-2524

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46668687		LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 86a 101 40 Int 12 apt 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5518723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1238186425	9428178935	I	2021/12/21	2021/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$653,100

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)					$2,110,607	$337,700			$2,110,607	$263,900			$0	$0			$2,110,607	$51,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,110,607	$337,700			$2,110,607	$263,900			$0	$0			$2,110,607	$51,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,110,607	$337,700			$2,110,607	$263,900			$0	$0			$2,110,607	$51,500		$0	$0
1	CC 46668687	LEGUIZAMON ANA	25-14	30	$2,110,607	$337,700	EPS037	30	$2,110,607	$263,900		0	$0	$0	14-11	30	$2,110,607	$51,500	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$2,110,607	$337,700			$2,110,607	$263,900			$0	$0			$2,110,607	$51,500		$0	$0

[redacted] en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46668687		LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 86a 101 40 int 12 apt 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5518723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1238186425	9428178935	I	2021/12/21	2021/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$653,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
				1	$337,700	$0	$0	$337,700
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$337,700	$0	$0	$337,700
				1	$51,500	$0	$0	$51,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$51,500	$0	$0	$51,500
				1	$263,900	$0	$0	$263,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$263,900	$0	$0	$263,900
					$653,100	$0	$0	$653,100