

 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	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA										195105	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		46668687							
CORREO		anarosalm14@gmail.com				CELULAR		null					
PROCESO:		Ginecología y Obstetricia											
SERVICIO:		Ginecología y Obstetricia				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		28				TIPO CUENTA		AHORROS					
NUMERO CUENTA BANCARIA		227013448											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3326-2022				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NUMERO DE CDP: 1		169		FECHA		20/01/2022		NUMERO DE CRP: 1		13815		FECHA		16/02/2022	

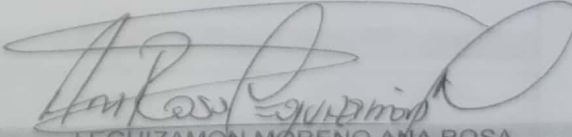
OBJETO: ENFERMERO (A)														
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
					01	04	2022		30	04	2022			
TIPO SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				0						
VALOR MES		3,297,036		VALOR LETRAS										
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad 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.														

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								9,891,108					
VALOR EJECUTADO:								9,873,382					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								3,332,488					
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								186					
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								188					
VALOR A LIBERAR:								0					
SALDO POR EJECUTAR:								17,726					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								99.82 %					

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							
9433143475	191,500	245,100	3	37,400	0	474,000							
	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 Abril 2022
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.

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CÓDIGO: AP-CT-F-50-02

VERSIÓN: 2

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA - HOSPITALIZACION

No. DE CONTRATO: 3326-2022

DOCUMENTO: 46668687

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA

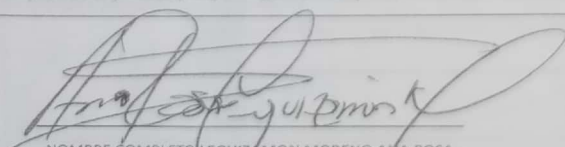
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☒ Servicios: SI ☒ 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, Auditoría 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, Auditoría 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	Diligenció 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 Auditoría 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 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 (\$3332488) Tres Millones Trescientos Treinta y Dos Mil Cuatrocientos Ochenta y Ocho Pesos


NOMBRE COMPLETO: LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA
CC 46668687

Fecha: 30 / 04 / 2022

Firma de recibido supervisor:

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

contrato 3326
188

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
2022-03	2022-03	9433143475	9433143475	I	2022/04/22	2022/04/11	BANCO BOGOTA	0	\$474,000

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)					\$1,531,527	\$245,100			\$1,531,527	\$191,500			\$0	\$0			\$1,531,527	\$37,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,531,527	\$245,100			\$1,531,527	\$191,500			\$0	\$0			\$1,531,527	\$37,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,531,527	\$245,100			\$1,531,527	\$191,500			\$0	\$0			\$1,531,527	\$37,400		\$0	\$0
1	CC 46668687	LEGUIZAMON ANA	25-14	30	\$1,531,527	\$245,100	EPS037	30	\$1,531,527	\$191,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,531,527	\$37,400	0	\$0	\$0
Total		Afiliados(1)			\$1,531,527	\$245,100			\$1,531,527	\$191,500			\$0	\$0			\$1,531,527	\$37,400		\$0	\$0

195105