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

| ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA - HOSPITALIZACION | | | | | UNIDAD: | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 3336-2022 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: 1127944456 | | 01 | 04 | 2022 | 30 | 04 | 2022 |

UMHES ENGATIVA CALLE 80

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MUÑOZ HOLGUIN GLORIA ANGELICA

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<br>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 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 ($3084324) Tres Millones Ochenta y Cuatro Mil Trescientos Veinticuatro Pesos**

NOMBRE COMPLETO MUÑOZ HOLGUIN GLORIA ANGELICA

CC 1127944456

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.**

Scanned by TapScanner

#contrato 3336

186-12=174

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-04-12, 04:18:17 PM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1045383689

**Periodo Cotización:** marzo de 2022 **Periodo Servicio:** marzo de 2022

**PAGADO 12/04/2022**

## . DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | GLORIA ANGELICA MUNOZ HOLGUIN | | |
| Documento | CC1127944456 | Dirección | CL 57V SUR #66 A - 69 APTO 102 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3168308191 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

## I. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | SUP | Dias AFP | Dias ARP | Dias EPS | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 1127944456 | GLORIA ANGELICA MUNOZ HOLGUIN | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | A | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.235.730 | $ 197.800 | (CF59) COMPENSAR EPS | $ 1.235.730 | $ 154.500 | 2.436 | $ 1.235.730 | $ 30.200 | ARH-CCF NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 382.500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.235.730 | $ 1.235.730 | $ 1.235.730 | $ 0 | $ 197.800 | $ 154.500 | $ 30.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 382.500 | $ 0 | $ 382.500 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente esta en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scanned by TapScanner

| 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 HOLGUIN GLORIA ANGELICA | | 195123 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1127944456 |
| CORREO | angelica.mh20@hotmail.com | CELULAR | 3168308191 |
| PROCESO: | Hospitalización | | |
| SERVICIO: | Hospitalización | 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 | 69746110227 | | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3336-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 169 | FECHA | 20/01/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 12710 | FECHA | 01/02/2022 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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: | 9,235,246 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 3,084,324 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 174 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 655,862 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 93.37 % |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1045383689 | 154,500 | 197,800 | 3 | 30,200 | 0 | 382,500 |
| | 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:

MUÑOZ HOLGUIN GLORIA ANGELICA
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.*

Scanned by TapScanner