Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIAZ SANTAMARIA MARIA ALEJANDRA		215748
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1233512131
CORREO	adalejandradiazsantamaria4	CELULAR	3115280919
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Chapinero

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	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5461-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1895	FECHA	18/07/2022	NÚMERO DE CRP: 1	31629	FECHA	26/07/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2082	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 2	34335	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,395,988	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:	4,980,782
VALOR EJECUTADO:	4,053,276
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,053,276
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	222
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	927,506
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	81.38 %

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
60936743	162,900	208,500	3	31,800	0	403,200
	0	0		0	0	

CERTIFICADO UMHES SIMON BOLIVAR

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 Agosto 2022

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIAZ SANTAMARIA MARIA ALEJANDRA
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.

Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP	CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 D	1
		FECHA: 19/0	/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN				UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO: 5461-2022	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		01	08	2022	31	08	2022

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIAZ SANTAMARIA MARIA ALEJANDRA — DOCUMENTO: 1233512131

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

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %

ACTIVIDADES CONTRATADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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.	1) Contribuir con el mantenimiento y mejo a del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desar llo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los compo entes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la C lidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.
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.	2)Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Únic de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transform ción cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarr llo de las responsabilidades asignadas
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Se realizan en el mes de recibos y entre a de turno de enfermería en el servicio
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	Se realizó el Formato con visto bueno d cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Realizar el registro clínico del plan de c dado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Solicitud incidencias RUN en mesa de a da
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	Realizar la revisión de carro de paro los primeros 5 dias del mes, realizar supervisión a los procesos de limpieza y esinfección tanto rutinaria como terminal diaria y semanalmente.
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Informes, solicitudes y peticiones y de ás actividades administrativas que se generen
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Garantizar asistencia a reuniones y capa itaciones programadas

OBSERVACIONES: Se solicitan 222 horas para el mes de agosto y ejecuta 222 horas

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($4053276) CUATRO MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS P OS

DIAZ SANTAMARIA MARIA ALEJANDRA
CC 1233512131

Fecha: 31 / 08 / 022

Firma de recibido supervisor: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233512131	MARIA ALEJANDRA DIAZ SANTAMARIA	KR 95 A #26 SUR 85 INTERIOR 3 CASA 08	4428090	adalejandradiazsantamaria4@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	96936743	$403.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.900	0		0		0	0	0	0	162.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.500	0	0	0	0	0	0		208.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.800				31.800	0	0	31.800			318	31.800	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.900	162.900
Pensión	1	208.500	208.500
Riesgos Laborales	1	31.800	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	403.200	403.200

PAGADA

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

S461

Periodo: Agosto 2022

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

Nro. Contrato	Tipo Documen	Documento	Contratista	Cargo	Centro Costos	Dias	Hora1	Hora2	Event o1	Event o2	Valor Certificado	Saldo	Factura	Orden Pago
5402-2022	Cedula	1010159906	NEGRETE LLORENTE YULEIDIS PATRICIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			1,800,294	7,474,124		SI
5407-2022	Cedula	11795403	PRADO DE LA GUARDIA RONALD	MEDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRIA	A00		180	0			14,739,300	491,310		SI
5408-2022	Cedula	1018458765	LOPEZ CREAZZO CAMILA	MEDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA	A00		114	0			9,334,890	16,557,147		SI
5437-2022	Cedula	1033732800	MEZA GUTIERREZ KAREN DAYANNA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		240	0			2,322,960	9,318,941		SI
5452-2022	Cedula	1007378933	MARTINEZ SANCHEZ LUISA YULIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		228	0			2,206,812	9,435,089		SI
5455-2022	Cedula	1032513184	FLOREZ HERNANDEZ ESTEFANIA DEL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		240	0			2,322,960	9,318,941		SI
5456-2022	Cedula	39767343	TRUJILLO BOBADILLA ALBA CECILIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		240	0			2,322,960	9,318,941		SI
5457-2022	Cedula	1019093871	SALGADO CERON CLAUDIA ANDREA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		210	0			2,032,590	9,609,311		SI
5461-2022	Cedula	1233512131	DIAZ SANTAMARIA MARIA ALEJANDRA	ENFERMERO (A)	A00		222	0			4,053,276	927,506		SI
5476-2022	Cedula	1000150833	ORTEGA LOPEZ SARA VALENTINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		198	0			1,916,442	9,545,430		SI
5477-2022	Cedula	1023943915	HERRERA CALDERON ANGIE KATERINE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		204	0			1,974,516	9,487,356		SI
5478-2022	Cedula	1108454200	CABEZAS ORTIZ MARLIN YISED	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		180	0			1,742,220	9,719,652		SI
5481-2022	Cedula	52719151	MENDEZ AYALA	INSTRUMENTADOR (A)	A00		198	0			3,431,142	4,197,084		SI
5514-2022	Cedula	1103946231	CORREA PINEDA DIANA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		174	0			1,684,146	7,917,429		SI
5515-2022	Cedula	1073712179	ALCALA VASQUEZ JURY ALEXANDRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		198	0			1,916,442	10,908,320		SI

VARGAS VENEGAS LILIANA
39774205
Supervisor
26/08/2022 12.33.09