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:	MAHECHA RIVERA ANGELICA YOHANA			180918
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019018235	
CORREO	yohana.mahecha.	CELULAR	3143084371	
PROCESO:	Salud Ocupacional y Salud en el Trabajo			
SERVICIO:	Salud Ocupacional y Salud en	UNIDAD:	Ferias	

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:	0228-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	3912	FECHA	18/01/2022

OBJETO:	TECNICO O TECNOLOGO EN AREAS DE LA SALUD							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		20	01	2022		31	01	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			0			
VALOR MES	2,299,415	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:	7,818,011
VALOR EJECUTADO:	914,788
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	914,788
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	74
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	6,903,223
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	11.70 %

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
228202201	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

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 Enero 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yohana Mahecha
MAHECHA RIVERA ANGELICA YOHANA
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 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 30/10/2018

AREÁ Y/O SERVICIO : RUTAS - CONVENIO SED				**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**		
No. DE CONTRATO : 228– 2022	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 1019018235		**20**	**01**	**2022**	**31**	**1**	**2022**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGELICA YOHANA MAHECHA RIVERA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TECNICO EN SALUD PUBLICA en la DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución - Convenio Interadministrativo en el marco del cumplimiento de las condiciones de Bioseguridad en las Instituciones Educativas Distritales. - Vigente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ____ NO _X____

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.	5%	PARTICIPAR EN CAPACITACIONES,SOCIALIZACIONES Y REALIZACION DE ENCUESTAS Y MODULOS CON TEMAS DE CALIDAD	ACTAS DE CAPACITACION Y SOPORTES DE REALZIACION DE ENCUESTAS Y MODULOS
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.	5%	PARTICIPAR EN CAPACITACIONES,SOCIALIZACIONES Y REALIZACION DE ENCUESTAS Y MODULOS CON TEMAS DE CALIDAD	ACTAS DE CAPACITACION Y SOPORTES DE REALZIACION DE ENCUESTAS Y MODULOS
3. Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales. 4. Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos COVID19 en la IED, en el formulario alojado en la página institucional de la SED. 5. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención. 6. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención de enfermedades en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio 7. Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo. 8. Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano.	45%	Actividades de prevención de enfermedades, implementación de los protocolos institucionales, reporte de casos COVID19 y acciones como primer respondiente en casos de accidentes.	Matrices de seguimiento actulaizada diariamente en DRIVE y entrega diaria de evidencias
5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio	45%	Revisión de Informes mensuales y de vigencia requeridos.	Matrices de estilos de vida saludable actulaizada diariamente en DRIVE y entrega diaria de evidencias
TOTAL DE EJECUCIÒN:	**100%**		

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (914778) NOVECIENTOS CATORCE MIL SETESIENTOS STENTA Y OCHO PESOS MCTE

Yohana Mahecha cc 1019018235

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 1019018235 DE BOGOTA

Firma de recibido

supervisor:_____

DRA. JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

31_01_2022

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

			ASTRID LORENA	SALUD PUBLICA							
0223-2022	Cedula	1020725160	MORENO CADENA JANETH LORENA	TECNICO EN SALUD PUBLICA	A00		74	0			
0224-2022	Cedula	1000861261	LOZANO ARISMENDY NAZLY CATALINA	TECNICO EN SALUD PUBLICA	A00		74	0			
0225-2022	Cedula	79215027	FAGUA MELO JOHN	TECNICO EN SALUD PUBLICA	A00		74	0			
0226-2022	Cedula	1106897981	PE	TECNICO EN SALUD PUBLICA	A00		74	0			
0227-2022	Cedula	1115852900	CRISTIANO GOMEZ DIANA CAROLINA	TECNICO EN SALUD PUBLICA	A00		74	0			
0228-2022	Cedula	1019018235	MAHECHA RIVERA ANGELICA YOHANA	TECNICO EN SALUD PUBLICA	A00		74	0			