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:	LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA		257763
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	46668687
CORREO	anarosalm14@gmail.com	CELULAR	null
PROCESO:	Ginecologia y Obstetricia		
SERVICIO:	Ginecologia 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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	227013448		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1642-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	12644	FECHA	31/01/2023

OBJETO:	ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	04	2023		30	04	2023	
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			0				
VALOR MES	3,684,660	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:	13,583,952
VALOR EJECUTADO:	10,569,756
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,777,780
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,014,196
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	77.81 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

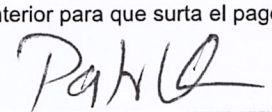
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9449019041	191,500	245,100	3	37,400	0	474,000
	0	0		0	0	

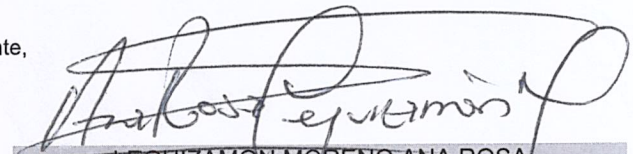
Ajuste por menor valor cancelado en los honorarios del mes de marzo
Certificado Hospital Engativá NP

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,



ORTIZ CELEITA CLAUDIA PATRICIA
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 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 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	**HOSPITALIZACION**					**UNIDAD:**	**HOSPITAL ENGATIVÁ**		
No. DE CONTRATO:	**1642-2023**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA**		**1**	**4**	**2,023**	**30**	**4**	**2,023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA**	**DOCUMENTO:**	**46668687**					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA (O) HOSPITALIZACION Y URGENCIAS dentro de los diferentes 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 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	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.	Presente adherencia a cada uno de los pprocesos ,procedimientos ,guias ,instructivos yploiitcas institucionales del sistema unico de habiliatacion y demas de la subred norte E.S.E
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.	Participa en el desarrollo de las estrategias , para el mantenimiento y mejora del sistemaunico de acreditacion acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Realice 15 recibos y entregas de turno de enfermeria en el servicio de sala de partos
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	Realice 1 ,formato mensual ,con visto bueno de cumplimiento ,asignacion de actividades mensual de auxiliares de enfermeria
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Realice 192 registros clinicos del plan de cuidados de enfermeria ,en historia clincia sistematizada
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Realice 4 solicitudes sde incidencia de RUN en mesa de ayuda
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	Revise 1 vez carro de paro ,realize 15 revisiones de desinfeccion rutinaria ,1 desinfeccion terminal
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	1 peticion ,informe,solicitudes y demas actividades administrativas que se generan
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Asisti a1 capacitacion y reuniones

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3777780 TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

Ana Rosa Leguizamon M

LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA
46668687

Fecha : 4/30/2023

Firma de recibido supervisor:

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

FF
@PJL EOJ

en línea

#contrato 1642

186

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
2023-03	2023-03	2028220912	9449019041	I	2023/04/24	2023/04/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$474,000

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)					$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

25376

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
2023-03	2023-03	2028220912	9449019041	I	2023/04/24	2023/04/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$474,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,100	$0	$0	$245,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$245,100	$0	$0	$245,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,400	$0	$0	$37,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$37,400	$0	$0	$37,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,500	$0	$0	$191,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$191,500	$0	$0	$191,500
TOTAL				1	$474,000	$0	$0	$474,000