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:	RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA		256183
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014229968
CORREO	NORMARAMIREZ15@HOTMAI	CELULAR	3134693575
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Suba

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:	1665-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	12665	FECHA	31/01/2023

OBJETO:	ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	03	2023		31	03	2023	
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:	13,583,952
VALOR EJECUTADO:	7,668,360
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:	5,915,592
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	56.45 %

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
25904232	180,300	230,800	3	35,200	28,900	475,200
25971971	500	600		200	0	1,300

DÍGITO: UMHES - SUBA

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,

Patricia Ortiz

ORTIZ CELEITA CLAUDIA PATRICIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Norma Constanza Ramirez

RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA
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 CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO (SUBA)		
No. DE CONTRATO:	1665-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA		1	3	2.023	31	3	2.023
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA	DOCUMENTO:	1014229968					
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 (%):	#N/A %							

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.	1. SE CONTRIBUYE CON EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA 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.
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. SE DESARROLLAN 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 CLINICA EXCELENTE Y SEGURA, GESTION DES LA TECNOLOGIA, AATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y RESPONSABILIDAD SOCIAL, ACORDE AL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	3. SE RECIBE 24 DIAS AL MES TURNO AL IGUAL SE ENTREGAN 24 DIAS TURNO DILIGENCIANDO LOS FORMATOS RESPECTIVOS INSTITUCIONALES.
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	4. SE DISTRIBUYE EL PERSONAL EN EL SERVICIO EN UN 100 POR CIENTO AL IGUAL SE ASIGNAN LAS ACTIVIDADES
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	5. SE ELABORA Y EJECUTA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO DE LOS PACIENTES ASISGANADOS
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	6. SE SOLICITA OPORTUNAMENTE LAS NECESIDAES DEL SERVICIO AL AREA ADMINISTRATIVA RESPECTIVA EN UN 100 POR CIENTO.
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	7. SE CUMPLE CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS , GUIAS, INSTRUCTIVOS FORMATOS PROTOCOLOS QUE SE REQUIEREN PARA EL CUMPLIMENTO DE LAS ACTIVIDADAES. REVISIÓN DEL CARRO DE PA RO CERO, LIMPIEZA DIARIA 24 Y DESINFECCIÓN DEL SERVICIO 1 UNA Y DESINFECCÓN TERMINAL 70
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	8. SE PRESENTAN INFORMES , SOLICITUDES , PETICIONES Y DAEMAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE GENERAN EN EL SERVICIO EN UN 100 POR CIENTO.
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	9. SE ASISTE A 3 TRES CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SEGÚN LA PROGRAMACI{ON INSTITUCIONAL.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) **4053276 cuatro millones cincuenta y tres mil doscientos setenta y seis**

Norma Constanza Ramirez.

RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA

1014229968

Fecha : 31/03/2023

Firma de recibido supervisor:

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

165-222

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	NORMA CONSTANZA RAMIREZ SORIANO
IDENTIFICACION:	CC-1014229968
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-03-23
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-03-15
FECHA DE PAGO:	2023-03-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-02
PERIODO SALUD:	2023-02
NUMERO PLANILLA:	25904232
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	25904232
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.442.064	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.300	$ 180.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.442.064	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.800	$ 230.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.442.064	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.200	$ 35.200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.442.064	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.900	$ 28.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 475.200	$ 475.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/04/2023

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	NORMA CONSTANZA RAMIREZ SORIANO
IDENTIFICACION:	CC-1014229968
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-03-24
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-03-24
FECHA DE PAGO:	2023-03-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-02
PERIODO SALUD:	2023-02
NUMERO PLANILLA:	25971971
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	25971971
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 400	$ 500
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 400	$ 500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 500	$ 600
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 500	$ 600
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 100	$ 200
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 100	$ 200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal CCF		1	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 300	$ 1.000	$ 1.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/04/2023