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		250933
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	02	2023		28	02	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:	3,615,084
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,615,084
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	198
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	9,968,868
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	26.61 %

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
25579562	168,800	216,000	3	32,900	27,000	444,700
25661264	2,000	2,500		500	400	5,400

DIGITO: 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,

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Norma 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: HOSPITALIZACIÓN			UNIDAD:	CSE SUBA			
No. DE CONTRATO: 1665-2023	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		1	02	2023	28	02	2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAMIREZ SORIANO | **DOCUMENTO: 1014229968**

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 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 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.
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 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.
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Se realizan en el mes de recibos y entrega 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 de 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 cuidado 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 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	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.
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (3615084) Tres millones seiscientos quince mil ochenta y cuatro Pesos M/cte

Norma Ramirez S.

RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA

CC1014229968

Fecha: 28 / 02 / 2023

Firma de recibido supervisor:

585 08

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:	2023-02-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-02-15
FECHA DE PAGO:	2023-02-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-01
PERIODO SALUD:	2023-01
NUMERO PLANILLA:	25579562
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	25579562
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	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.800	$ 168.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.000	$ 216.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 32.900	$ 32.900
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.000	$ 27.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 444.700	$ 444.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/03/2023

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:	2023-02-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-02-21
FECHA DE PAGO:	2023-02-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-01
PERIODO SALUD:	2023-01
NUMERO PLANILLA:	25661264
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	25661264
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	$ 1.900	$ 2.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.900	$ 2.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 2.400	$ 2.500
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 2.400	$ 2.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 400	$ 500
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 400	$ 500
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 300	$ 400
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 300	$ 400
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	$ 400	$ 5.000	$ 5.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/03/2023