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		263171
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
NÚMERO DE CDP: 2	1276	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	23537	FECHA	23/05/2023

OBJETO:	ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2023		31	05	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:	14,254,416
VALOR EJECUTADO:	14,254,416
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,684,660
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9450411749	191,500	245,100	3	37,400	0	474,000
	0	0		0	0	

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**	**5**	**2,023**	**31**	**5**	**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 procesos ,procedimientos ,guias e instructivos y politicas intstitucionales,del sistema unico de habilitacion 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.	Participe en el desarrollo de las estrategias ,para el mantenimiento y mejora del sistema unico de acreditacion acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas ,
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Realice 15 recibos y 15 entregas de turno de enfermeria en el servicio de sala de partos
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	se realizo el formato con visto bueno de cumplimiento asignacion de actividades mensual de los auxiliares
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 clinica sistematizada
6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Realice 3 solicitudes de 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	Revise 1 vez carro de paro, realice 16 revisiones desinfeccion rutinara ,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 generen
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Asisti a 2 capacitaciones y reuniones programadas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) **$ 3,684,660 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS**

LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA
46668687

Fecha : 5/31/2023

Firma de recibido supervisor:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

#contrato 164'2
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
2023-04	2023-04	2080945382	9450411749	I	2023/05/19	2023/05/15	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

2023/05/15 07:16 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2023-04	2023-04	2080945382	9450411749	I	2023/05/19	2023/05/15	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

2023/05/15 07:16 AM