| 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: | ACEVEDO HERNANDEZ PABLO ARLEY | | 271435 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1069757905 |
| CORREO | darkan15@outlook.es | CELULAR | 3132735147 |
| PROCESO: | Unidad de Recien Nacidos | | |
| SERVICIO: | Unidad de Recien Nacidos | UNIDAD: | Simon Bolivar |

| 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: | 5682-2023 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1487 | FECHA | 13/06/2023 | NÚMERO DE CRP: 1 | null | FECHA | 16/06/2023 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | 16 | 06 | 2023 | | 30 | 06 | 2023 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | |
| VALOR MES | 1,953,372 | 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: | 12,827,143 |
| VALOR EJECUTADO: | 945,180 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 945,180 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 90 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 11,881,963 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 7.37 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5682202306 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

SIMÓN BOLIVAR-R

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,

Pato

ORTIZ CELEITA CLAUDIA PATRICIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ACEVEDO HERNANDEZ PABLO ARLEY
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.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO:** | **UCI ADULTOS 2 PISO** | | | | **UNIDAD:** | | **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **5682-2023** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **ORTIZ CELEITA CLAUDIA PATRICIA** | | **16** | **6** | **23** | **30** | **6** | **23** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **ACEVEDO HERNANDEZ PABLO ARLEY** | **DOCUMENTO:** | **1069757905** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.** | | | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):** | **50 %** | | | | | | | | |

| 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. | Cumplir con los estandares estipulados en el sistema unico de habilitacion, en cuanto a manejo de historia clinica, notas de enfemeria, seguridad de paciente, por turno 30 veces al mes. 50 % |
| 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. | Se cumplen las responsabilidades estipuladas en el Sistema Unico de Acreditación, reforzando en cuidado centrado en el usuario, con humanizacion, gestion de riesgo, haciendo uso de dispositivos medicos, sistemas de informacion 25 veces por mes. 50% |
| 3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales. | se realizaron recibo y entrega de turno según protocolo institucional. 30 veces al mes. 50% |
| 4. Cumplimiento manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás | se realizaron lavado de manos, limpieza y desinfeccion de areas, equipos biomedicos según protocolo institucional. Mas de 50 veces por mes. 50% |
| 5. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 | se realizaron revision de notas de enfermeria durantes estadia de pacientes, Mas de 50 veces por mes. 50% |
| 6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional | se asistieron mas de 2 capacitacion durante el mes. |
| 7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | no aplica, |

OBSERVACIONES:

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)** **945.180 NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA PESOS**

ACEVEDO HERNANDEZ PABLO ARLEY
1069757905

Fecha : 30/6/2023

Firma de recibido supervisor:

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