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:	LOZADA SANDOVAL MELBA		276398
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	26535022
CORREO	melosa_1995@hotmail.com	CELULAR	3183023926
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	452970033851		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1381-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	12400	FECHA	31/01/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1148	FECHA	28/04/2023	NÚMERO DE CRP: 2	21801	FECHA	28/04/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1276	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 3	23436	FECHA	23/05/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	26847	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 5	30369	FECHA	27/06/2023

OBJETO: ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2023		31	07	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:	26,676,824
VALOR EJECUTADO:	26,280,624
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,922,380
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	198
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	396,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.51 %

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
68473288	312,500	400,000	3	60,900	0	773,400
	0	0		0	0	

CERTIFICADO HOSPITAL SIMON BOLIVAR - URGENCIAS CT

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	LOZADA SANDOVAL MELBA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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-60-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/06/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	**HOSPITALIZACION**					**UNIDAD:**	**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**		
No. DE CONTRATO:	**1381-2023**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA**		**1**	**7**	**2.023**	**31**	**7**	**2.023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LOZADA SANDOVAL MELBA**	**DOCUMENTO:**	**26535022**					

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios como ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS 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 (%): **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.	Capacitaciones , retroalimentacion de mejoras para la acreditacion. Sensibilizacion para el mejoramiento de la atención integral de con calidad de las relaciones laborales en pro de la atencion integral de servicios
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.	Educacion continua y capacitacion correspondiente para el mejoramiento de las actividades en el servicio. Compromiso permanente para la atencion integral de pacientes basada en la mision y vision de la institucion durante todo el mes en los 18 turnos
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	18 turnos Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales los 18 turnos del mes
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	18 turnos distribuciones a personal en el servicio y asignacion de actividades en los 18 turnos del mes
6. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	18 turnos revisando y enviando a farmacia ordenes de medicamentos, devolucion cuando fue necesario 600
6. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	18 turnos Elaborando y ejecutando planes de cuidados de los pacientes a cargo 200
7. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	18 turnos en los que se hizo solicitud oportuna a las areas administrativas 18
8. 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	Cumplio con los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos protocolos que se requieren para el cumplimiento de las actividades; revision de carro de paro, desinfeccion y limpieza en cada uno de los 35 turnos.
9. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	18 turnos en los que se paresentaron informes, solicitudes y peticiones administrativas 10 en el mes
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	18 turnos en los que se brindo informacion a los usuarios y sus familias sobre el estado de salud a corde a mis competencias como Enfermera
10. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	4 asistencias a capacitaciones programadas por la institucion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) **3922380 TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS 00/100**

LOZADA SANDOVAL MELBA
26535022

Fecha : 31/07/2023

Firma de recibido supervisor:

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

Contrato 1381-2023.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Simon Bolivar 108

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26535022	MELBA LOZADA SANDOVAL	trv 3a #84b-73 sur	6018005645	melosa_1995@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	I	12/07/2023	68473288	$775.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	312.500	0		0		0	2	800	0	313.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	400.000	0	0	0	0	2	1.000	0	401.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.900				60.900	2	200	61.100			609	61.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	312.500	313.300
Pensión	1	400.000	401.000
Riesgos Laborales	1	60.900	61.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	773.400	775.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Carolina 26398

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26535022	MELBA LOZADA SANDOVAL		trv 3a #84b-73 sur	6018005645	melosa_1995@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	12/07/2023	68473288	$775.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	26535022	LOZADA SANDOVAL MELBA	59	0			N																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	312.500	14-23	2.500.000	3	60.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información