	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5	
			PÁGINA: 1 DE 1	
				FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA										274531	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1032456644			
CORREO		linacepeda2993@gmail.com				CELULAR				3208795044			
PROCESO:		Ginecología y Obstetricia											
SERVICIO:		Ginecología y Obstetricia				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		7				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		0142605609											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1613-2023				N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1		142		FECHA		11/01/2023		NÚMERO DE CRP: 1		12618		FECHA		31/01/2023	
NÚMERO DE CDP: 2		1276		FECHA		23/05/2023		NÚMERO DE CRP: 2		24426		FECHA		23/05/2023	
NÚMERO DE CDP: 3		1495		FECHA		14/06/2023		NÚMERO DE CRP: 3		27201		FECHA		14/06/2023	
NÚMERO DE CDP: 4		1565		FECHA		27/06/2023		NÚMERO DE CRP: 4		30559		FECHA		27/06/2023	
NÚMERO DE CDP: 5		1625		FECHA		30/06/2023		NÚMERO DE CRP: 5		33464		FECHA		30/06/2023	

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.

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		22,092,588
VALOR EJECUTADO:		21,973,728
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:		118,860
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:		99.46 %

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
9452727657	184,300	235,900	3	36,000	0	456,200
	0	0		0	0	

CERTIFICADO USS SIMON BOLIVAR OL

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:

CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

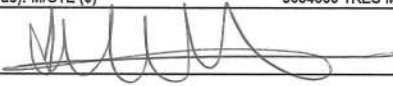
Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

		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:		Ginecología y Obstetricia				UNIDAD:		HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO:		1613-2023		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:		CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA		DOCUMENTO:		1032456644					

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACIÓN 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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Se contribuyo al mantenimiento y mejoramiento del sistema obligatorio de garantías, con actividades de mejora para cada auditoria, como limpieza y desinfeccion de las camas 12 veces, (protocolo lavado de manos siempre, aplicacion de las escalas de riesgo, medidas de seguridad) despues de la visita de cada auditoria.
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.	Durante el mes se realizaron 16 veces actividades para la atencion humanizada, como presentacion del personal, socializacion de derechos y deberes del paciente, comunicacion asertiva entre pacientes, familiares y el personal , parto humanizado
3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales	Durante el mes se realizaron 32 entregas y recibos de turno
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	Durante el mes se realizaron 16 asignaciones de actividades
6. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	Se realizaron 55 administraciones y registros de medicamentos,
6. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Se elaboraron 50 planes de cuidado de pacientes
7. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	No se realizo ninguna solicitud en el área de partos.
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	Se realizo 1 desinfeccion terminal en las áreas de sala de partos el dia 1/07/2023
9. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	No se realizo ninguna peticion, ni solicitud administrativa.
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	Se realizaron aproximadamente 50 charlas con los familiares y pacientes acerca de complicaciones y beneficios del tratamiento
10. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Se asistio a 2 capacitaciones institucionales el dia 29/06/2023 dinamica y el dia 30 juni /2023 capacitacion gestio

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 3684660 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS	
 CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA 1032456644	Fecha: 31/07/2023 Firma de recibido supervisor: _____
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA e
CC 1023456644		CERENA ZAMORA LINH MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 44 C BIS 50 76 BQ C APT 413	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555	ICBF No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	40572305	945277657	1	2023/07/13	2023/07/11	BANCO AV VILLAS	0	\$456,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$235,900	\$0	\$0	\$235,900
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	1	\$235,900	\$0	\$0	\$235,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,000	\$0	\$0	\$36,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860.002.503	2	1	\$36,000	\$0	\$0	\$36,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$184,300	\$0	\$0	\$184,300
SANTITAS	EPS005	800.251.440	6	1	\$184,300	\$0	\$0	\$184,300
TOTAL				1	\$456,200	\$0	\$0	\$456,200

1613-2023

97/531

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e
CC 1032456644		CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL-44 C BIS 50 26 BQ C APT 413	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555	ICBF No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2023-06	2023-06	4057205	945272/657	1	2023-07/13	2023-07/11	BANCO AV VILLAS	0	\$456,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,473,864	\$235,900			\$1,473,864	\$184,300			\$0	\$0			\$1,473,864	\$36,000			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,473,864	\$235,900			\$1,473,864	\$184,300			\$0	\$0			\$1,473,864	\$36,000			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,473,864	\$235,900			\$1,473,864	\$184,300			\$0	\$0			\$1,473,864	\$36,000			\$0	\$0	
1	CC	1032456644	CEPEDA LINA	25-14	30		EP9005	30		\$1,473,864	\$184,300	0	\$0	\$0	14-7	30		\$1,473,864	\$36,000	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,473,864	\$235,900			\$1,473,864	\$184,300			\$0	\$0			\$1,473,864	\$36,000			\$0	\$0	