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		279371
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	%
	ENGA24											

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
NÚMERO DE CDP: 3	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	27208	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	30583	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	37015	FECHA	01/08/2023

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

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2023		31	08	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:	25,308,396
VALOR EJECUTADO:	24,733,906
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,427,130
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	173
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	574,490
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	97.73 %

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
9454402915	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: HOSPITALIZACIÓN					**UNIDAD:**	**UMHES ENGATIVÁ CALLE 80**		
No. DE CONTRATO: 1642-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA		**01**	**08**	**2023**	**31**	**08**	**2023**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA	**DOCUMENTO: 46668687**							

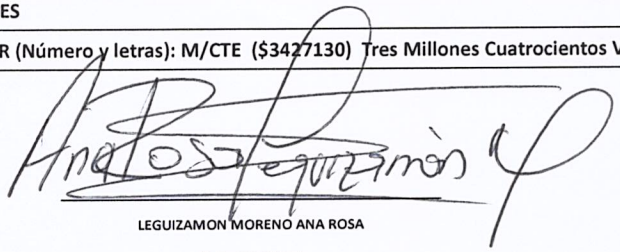
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución

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.	Participe en el desarrollo de las estrategias ,para el mantenimiento y mejora del sistema único de acreditación 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.	Participe en el desarrollo de las estrategias ,para el mantenimiento y mejora del sistema único de acreditación 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 los pacientes a cargo en el servicio de sala de partos
4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades	Realice 1 formato de distribución del personal ,junto con la asignación de actividades en el servicio de sala de partos ,en el mes de agosto.
5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo	Realice 162 planes de Cuidado ,dando ejecución y cumplimiento del mismo ,en la historia clínica 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	Realice 1 vez la revisión de fechas de vencimiento de insumos y medicamentos del carro de paro , realice 15 revisiones desinfección rutinaria ,1 ,desinfección terminal
8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen	Realice 3 solicitudes de incidencias RUN en mesa de ayuda
9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional	Asistí a 2 capacitaciones y reuniones programadas

OBSERVACIONES

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3427130) Tres Millones Cuatrocientos Veintisiete Mil Ciento Treinta Pesos



LEGUIZAMON MORENO ANA ROSA

C. C.: 46668687

Fecha : 31 / 08 / 2023



Firma de recibido supervisor: **CLAUDIA PATRICIA ORTIZ CELEITA**

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

contrato 1642

186-13 = 173

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
2023-07	2023-07	105261001	9454402915	I	2023/08/22	2023/08/16	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

2023/08/15 10:07 PM

Nelly 2-93-71

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
2023-07	2023-07	105261001	9454402915	I	2023/08/22	2023/08/16	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