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:	AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA		319655
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1136880965
CORREO	johannabro7@hotmail.com	CELULAR	3107544571
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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	10005557017		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2614-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	15400	FECHA	04/02/2024

OBJETO:	NULL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2024		31	03	2024

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:	3,906,744
VALOR EJECUTADO:	3,780,720
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,953,372
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	126,024
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.77 %

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
74696210	162,500	208,000	5	0	0	370,500
	0	0		0	0	

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,

TOVAR REYES LUISA FERNANDA	AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA
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-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: TRASLADOS SECUNDARIOS					**UNIDAD:**	**CALLE 80**		
No. DE CONTRATO: 2614-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDAD TOVAR REYES		**1**	**03**	**2024**	**31**	**3**	**2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA	**DOCUMENTO: 1136880965**						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA- TRASLADOS SECUNDARIOS.								
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.	Lectura de los documentos del Sistema único de habilitación y Sistema único de acreditación, para garantizar la calidad en el desarrollo de sus actividades.
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.	. lectura y adherencia a los instructivos de información. . Notifico sucesos de seguridad del paciente. . Brindo trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia en el periodo.
3. Realización de los registros de enfermería cumpliendo con la resolución 1995/99. Realizar notas de enfermería correspondientes a los pacientes.	Registro y entrega de historia clínica de los traslados realizados (datos completos en el formato establecido).
4. Realización de inventarios según protocolos de la institución desinfección de ambulancias.	Se realizó limpieza y desinfección de la ambulancia y los equipos posterior a la realización de valoraciones y/o traslados, revisión diaria de equipos e insumos
5. Cumplir las normas de bioseguridad.	Se realizan pruebas de funcionamiento a los equipos biomédicos al inicio de cada turno.
6. Cumplir con los instructivos de enfermería en la realización de la atención ai usuario. Procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimento de actividades de enfermería en atención pre- hospitalaria.	Todas las valoraciones y/o atenciones realizadas en la ambulancia fueron registradas y ejecutadas según lo establecido por tos protocolos de atención pre hospitalaria.
7. En caso de encontrarse la ambulancia en el taller apoyar en U.S.S. que lo requiera la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	Aprovisionamiento de insumos utilizados en las valoraciones y/o traslados, verificación de las fechas de vencimiento tanto de los medicamentos como de los insumos de la ambulancia.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLÓN NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.953.372)

AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA AGREDA RAMIREZ BETZY JOHANNA CC: 1136880965	Fecha : 31/03/2024 Firma de recibido supervisor: LUISA FERNANDA TOVAR REYES FIRMADO DIGITALMENTE

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