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:	ALARCON RODRIGUEZ YUDI ANDREA			332960
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1033792795	
CORREO	andreadala22@gmail.com	CELULAR	3219330947	
PROCESO:	Hospitalización			
SERVICIO:	Hospitalización	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:	3581-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	221	FECHA	12/02/2024	NÚMERO DE CRP: 1	18277	FECHA	20/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	22699	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 3	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 3	25791	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 4	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 4	27849	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 5	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 5	36484	FECHA	21/06/2024

OBJETO: NULL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	06	2024		30	06	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:	10,459,992
VALOR EJECUTADO:	10,459,992
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,520,480
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	240
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9468189489	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	0	0		0	0	

Cubre Vacaciones de Carolina Muñeton (4,11,17,24) y Compensatorio de Sandra Biasus (5,12,18,19,28)

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALARCON RODRIGUEZ YUDI ANDREA
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.

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 1033792795		ALARCON RODRIGUEZ YUDI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 110D#72-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771629867	9469591796	I	2024/07/23	2024/07/12	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$402,200

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1033792795	ALARCON YUDI	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 1033792795		ALARCON RODRIGUEZ YUDI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 110D#72-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771629867	9469591796	I	2024/07/23	2024/07/12	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

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:	**URGENCIAS**			**UNIDAD:**	**HOSPITALSIMON BOLIVAR**				
No. DE CONTRATO:	**3581-2024**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUISA FERNANDA TOVAR		1	6	2.024	30	6	2.024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**YUDI ANDREA ALARCON RODRIGUEZ**	**DOCUMENTO:**	1033792795					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA - 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 con 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.	Si cumplí con la asistencia de capacitación (5) retroalimentación de mejoras para la acreditación (2) sensibilización para el mejoramiento de la atención de calidad (3) mantenimiento de relaciones laborales en pro de atención integral de los 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.	Educación continua y capacitación correspondencia para el mejoramiento de las actividades en el servicio (2) compromiso permanente para la atención integral del paciente basada en la misión y visión de la institución durante todo el mes en los 30 turnos
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumplo con los estándares de producción del servicio asignado reglamento interno, código y directriz interna establecidos por la institución
4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.	Cumplo con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo en el recibimiento del turno (14) entrega de turno (14)
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Cumplo con el manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos (1000), limpieza y desinfección de aislamiento y demás
6. Cumplir con los procesos de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	Cumplo con los procesos de atención de enfermería, actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos de la subred, cumplo con los instructivos y prestación de servicio a cabalidad
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Asisto y cumplo a cabalidad con la presentación de informes y capacitaciones virtuales y presenciales (5) programadas por la institución
8, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Cumplo con las actividades del cronograma del servicio en los tiempos establecidos conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Me adhiero a las políticas institucionales, éticas y morales en cuanto a manejo de confidencialidad en el marco de operación de la Subred Norte conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Aplico y participo activamente en todas aquellas actividades definidas a nivel institucional para el mejoramiento acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Cumplo con diligenciar de manera completa y legible y oportuna la historia clínica y los registros institucionales dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999
12. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.	En cada turno se socializan derechos y deberes, se brinda información a los usuarios según mis competencias
13. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	Cumplo con la adaptación, planes, programas, procesos y procedimientos institucionales de manera oportuna en la ejecución de las responsabilidades asignadas

OBSERVACIONES: **Cubre Vacaciones de Carolina Muñeton (4,11,17,24) y Compensatorio de Sandra Blasus (5,12,18,19,28)**

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**VALOR NÚMEROS:** **2,520,480**	**VALOR LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTEMIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

Andrea Alarcon

NOMBRE CONTRATISTA: YUDI ANDREA ALARCON RODRIGUEZ

DOCUMENTO: 1033792795

Fecha: 30/06/2024

LUISA FERNANDA TOVAR

Firmado digitalmente

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

Powered by CamScanner