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:	ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA		339570
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	51965863
CORREO	crisromerocamacho@hotmail	CELULAR	3105579745
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Chapinero

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24087510858		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1071-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	16021	FECHA	09/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	21602	FECHA	27/03/2024

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2024		31	07	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:	7,813,488
VALOR EJECUTADO:	5,166,984
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,142,408
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	204
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,646,504
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	66.13 %

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
9469227896	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	0	0		0	0	

CERTIFICADO SIMON BOLIVAR MY

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,



SANDOVAL CASTRO ANDREA	ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA
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.

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 51965863		ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 1 A # 12 D - 40	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
2024-07	2024-07	33589115	9470584589	I	2024/08/15	2024/08/14	BANCO DE OCCIDENTE	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 51965863	ROMERO MARIA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	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 51965863		ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 1 A # 12 D - 40	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
2024-07	2024-07	33589115	9470584589	I	2024/08/15	2024/08/14	BANCO DE OCCIDENTE	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	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:	Hospitalizacion				UNIDAD:	HOSPITAL CHAPINERO			
No. DE CONTRATO:	1071-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDREA SANDOVAL CASTRO		1	7	2,024	31	7	2,024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	DOCUMENTO:	51965863					
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.	1. Se contribuye 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.
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.	2. Se desarrollan 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.
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	3. Se cumple los estándares de producción del servicio asignado de hospitalizacion, según los tiempos establecidos por la Institución.
4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.	4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	5. Se cumple el manual de bioseguridad lavado e higienización de lavado de manos, segun protocolo en sus 5 momentos e higienizacion de manos entrea pacietne y paciente, limpieza y desinfección rutinaria y semanal , aislamiento, y demás
6. Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	6. Se cumple con los proceso de atención de enfermería en cuanto a todo lo referente al cuidado del paciente, los instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	7. Se presentan informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional, cada vez que se programen en la institucion ya sea presencial o virtual
8, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	8. Se da cumplimiento de actividades diarias al 100% según cronograma de servicio de hospitalizacion ya sea que corresponda a los registros o limpieza y desinfeccion .
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	9. Se mantiene confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, de la historia clinica del paciente.
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	10. Se participa activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional, en humanizacion (con respecto al trato respetuoso calido asertivo) ambients libres de ruido etc.
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	11. Se registra de manera completa, 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.	12. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.
13. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	13. Adapta al 100% a las Politicas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.en el cuidado y tratamiento del paciente.

OTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	1,953,372	UN MILLON NOVESCIENTOS CINCUENTA Y TRESMIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/cte

MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO
51965863

Fecha : 31/7/2024
Firmado digitalmente

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

Escaneado con CamScanner