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:	RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA		339150
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014229968
CORREO	NORMARAMIREZ15@HOTMAI	CELULAR	3134693575
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	UNIDAD:	Suba

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:	0804-2024			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	13775	FECHA	02/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	22181	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 3	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 3	24478	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 4	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 4	28653	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 5	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 5	34904	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 6	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 6	41627	FECHA	31/07/2024

OBJETO: ENFERMERO (A) - 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	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:	28,526,400
VALOR EJECUTADO:	28,526,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,397,820
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	222
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
30463442	208,300	266,600	3	40,600	33,400	548,900
	0	0		0	0	

Cubre compensatorios de YULISSA ARANGO SEQUEDA cc 1002084296 los días 3-11-16-24-30 de julio de 2024.

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:

Norma ramirez soriano.
RAMIREZ SORIANO NORMA CONSTANZA
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:	**URGENCIAS**				**UNIDAD:**	**HOSPITAL SUBA**			
No. DE CONTRATO:	**0804-2024**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**LUISA FERNANDA TOVAR REYES**		**1**	**7**	**2.024**	**30**	**7**	**2.024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Norma Constanza Ramirez Soriano**	**DOCUMENTO:**	**1014229968**					

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) - 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%	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. Contribuyo 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.Desarrollo 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. Cumplo con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.
4. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	4. Realizo recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.
5. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	5. Reviso y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.
6. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	6. Tramito oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.
7. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se	7. Cumplo con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se
8, Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	8. Asisto a capacitaciones y actividades según la programación institucional.
9. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.	9. Cumplo lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	10. Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.
11. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	11. Aplico las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.
12.Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.	12.Cumplo la adherencia al Manual de Bioseguridad.
13. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	13. Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.
14. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.	14. Realizo el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.
15. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	15. Cumplo con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.
16. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	16. Presento las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**VALOR NÚMEROS $ 4397820**	**VALOR LETRAS Cuatro millones trecientos noventa y siete mil ochocientos veinte pesos M/CTE**

Norma ramirez soriano.

NOMBRE CONTRATISTA
Norma Constanza Ramirez Soriano DOCUMENTO 1014229968

Fecha : 31/07/2024 Firmado digitalmente

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NORMA CONSTANZA RAMIREZ SORIANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1014229968
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-07-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-17
FECHA DE PAGO:	2024-07-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30463442
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30463442
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.666.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 208.300	$ 208.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.666.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 266.600	$ 266.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.666.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 40.600	$ 40.700
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.666.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 33.400	$ 33.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 600	$ 548.900	$ 549.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/08/2024