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:	TELLEZ CACERES NUBIA CECILIA		313084
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032455193
CORREO	null	CELULAR	null
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias	UNIDAD:	Engativa

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:	2417-2024			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	14873	FECHA	03/02/2024

OBJETO:	NULL								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	02	2024		29	02	2024	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	7,021,500	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:	14,043,000
VALOR EJECUTADO:	6,795,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,795,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	180
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,248,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	48.39 %

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
74750944	339,800	434,900	3	66,300	0	841,000
	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,

Nubia Tellez

TOVAR REYES LUISA FERNANDA	TELLEZ CACERES NUBIA CECILIA
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.

Powered by CamScanner

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: 15/01/2023

ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS			**UNIDAD:**		**ENGATIVA**		
No. DE CONTRATO: 2417-2024	**PERIODO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA TOVAR REYES	**CERTIFICADO**	**1**	**02**	**2024**	**29**	**02**	**2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES	**DOCUMENTO: CC 1032455193**						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL EN LA UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA Y/O EN LOS DEMAS SERVICIOS O UNIDADES QUE MANDE LA SUB RED							
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.	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.	Desarrolló 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. Atender a los usuarios que soliciten servicios de consulta de urgencias, hospitalización y atención de partos de bajo riesgo en la USS Chapinero según la programación que para el efecto se concerté con el coordinador del Servicio.	Atendi a los usuarios que solicitaron servicios de consulta de urgencias en la USS ENGATIVA según la programación que para el efecto se concerté con el coordinador del Servicio.
4. Realizar el triage a todos los pacientes que soliciten el servicio de urgencias, para determinar priorización en la atención.	Realice el triage a todos los pacientes que solicitaron el servicio de urgencias, para determinar priorización en la atención.
5. Diligenciar los formatos de triage, consulta de urgencias, remisiones y papelería administrativa acorde con el protocolo de diligenciamiento entregados por el Hospital y la resolución 1995 de 1999.de Igual Forma diligenciamiento completo de la historia clínica sistematizada	Diligencio los formatos de triage, consulta de urgencias, remisiones y papelería administrativa acorde con el protocolo de diligenciamiento entregados por el Hospital y la resolución 1995 de 1999.de Igual Forma diligenciamiento completo de la historia clínica sistematizada
6. Expedir certificado de defunción según criterio médico, y diligenciamiento en el aplicativo RUAF.	Expedi certificado de nacido vivo a todo parto atendido en el servicio y/o certificación de defunción según criterio médico, y diligenciamiento en el aplicativo RUAF de acuerdo a casos clínicos.
7. Dar cumplimiento al Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual.	Di cumplimiento al Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual.
8. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportunidad al 100% de quejas reclamos y sugerencias.	Preste un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportunidad al 100% de quejas reclamos y sugerencias.
9. Aplicar los procesos, procedimientos y protocolos del servicio (ingreso y egreso del paciente, ronda médica, entrega de turno, etc)	Aplique los procesos, procedimientos y protocolos del servicio (ingreso y egreso del paciente, ronda médica, entrega de turno, etc)
11. Realizar las actividades según las normas técnicas de promoción y prevención definidos en la resolución 0412 del 2000, del Ministerio de Salud y adoptadas por la USS Chapinero (atención de partos , recién nacidos)	Realice las actividades según las normas técnicas de promoción y prevención definidos en la resolución 0412 del 2000, del Ministerio de Salud y adoptadas por la USS Chapinero (atención de partos , recién nacidos)
12. Realizar la remisión de pacientes que acorde con el criterio Médico y la guía de manejo requieran atención en II y III nivel en cumplimiento de las normas técnico administrativos de la SDS y protocolos del servicio, siendo el médico el responsable de la remisión del paciente y realizando seguimiento continuo a este proceso	Realizó la remisión de pacientes que acorde con el criterio Médico y la guía de manejo requieran atención en II y III nivel en cumplimiento de las normas técnico administrativos de la SDS y protocolos del servicio, siendo el médico el responsable de la remisión del paciente y realizando seguimiento continuo a este proceso diligenciando la historia clínica los motivos de no aceptación o cuando el paciente es
13. Aplicar las guías propias del servicio de urgencias, hospitalización y atención de partos y la guía materna definida por SDS y adoptada por la Unidad.	Aplico las guías propias del servicio de urgencias
14. Realizar los procedimientos médicos de baja complejidad (suturas, inmovilizaciones, curaciones, atención de partos)	Realizó los procedimientos de baja complejidad propios del servicio de urgencias, este mes realizce 30 PROCEDIMIENTOS
15. Prestar a los usuarios un servicio con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario.	Prestó a los usuarios un servicio con calidad y calidez garantizando la satisfacción del usuario. Las cuales realice en este mes 180 **HORAS .**
16. Aplicar a los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud y en especial los reportes y registros de notificación obligatoria.	Aplico los protocolos de vigilancia epidemiologica y realizó notificación obligatoria de los eventos en salud publica.
17. Realizar directamente las gestiones necesarias para el traslado de los pacientes que lo requieran por su prioridad o condición.	Realizó la gestión necesaria para el traslado de pacientes priorizados y realice 25 FICHAS DE NOTIFICACION
18. Aplicar las normas de bioseguridad del servicio.	Aplico las normas de bioseguridad del servicio.
19. Realizar la notificación de eventos adversos e incidentes en el módulo definido	Dio cumplimiento al procediemitno de Lavado de Manos clínico y quirúgico y procedimiento de higienización de manos.
20. Dar cumplimiento al procedimiento de Lavado de Manos clínico y quirúrgico y procedimiento de Higienización.	Realizó los turnos teniendo en cuenta la programación establecida.
21. Realizar los turnos teniendo en cuenta la programación establecida por el supervisor de la Orden.	Realizó las actividades de medicina en los servicios de URGENCIAS y atención de partos de acuerdo con la necesidad del servicio.
22. Realizar las actividades de medicina en los servicios de URGENCIAS y atención de acuerdo a la necesidad del servicio previa notificación por parte del supervisor de la Orden.	Presto servicios de forma oportuna, eficiente y cálida a la población habitante de calle.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (6,795,000 $) SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

Nubia Tellez NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES	Fecha : __29___/__02 /___2024____ (FIRMADO ELECTRONICAMENTE) Firma de recibido supervisor

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032455193	NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES	CRA 102 # 83-60 INT 5 APTO 410	4649132	NTELLEZ0215@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	16/02/2024	74750944	$841.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	339.800	0		0		0	0	0	0	339.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	434.900	0	0	0	0	0	0		434.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	66.300				66.300	0	0	66.300			663	66.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	339.800	339.800
Pensión	1	434.900	434.900
Riesgos Laborales	1	66.300	66.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	841.000	841.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032455193	NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES	CRA 102 # 83-60 INT 5 APTO 410	4649132	NTELLEZ0215@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	16/02/2024	74750944	$841.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032455193	TELLEZ CACERES NUBIA CECILIA	59	0			N																	230301	2.718.000	434.900	0	0	0	0	EPS008	2.718.000	339.800	14-11	2.718.000	3	66.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información