

 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																											
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5																											
			PÁGINA: 1 DE 1																											
FECHA: 16/02/2018																														
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																														
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LOZADA SANDOVAL MELBA 352168																														
TIPO DE DOCUMENTO: Cedula		No. 26535022																												
CORREO melosa_1995@hotmail.com		CELULAR 3183023926																												
PROCESO: Urgencias																														
SERVICIO: Urgencias UNIDAD: Simon Bolivar																														
<table border="1"> <tr> <th>CENTRO DE COSTOS</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> </tr> <tr> <td></td> <td>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		A00											
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%																		
	A00																													
BANCO 12		TIPO CUENTA		AHORROS																										
NUMERO CUENTA BANCARIA 452970033851																														
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2480-2024		N° DE PAGOS DEL CONTRATO																												
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1																										
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2																										
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3																										
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4																										
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5																										
NÚMERO DE CDP: 6	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 6																										
NÚMERO DE CDP: 7	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 7																										
NÚMERO DE CDP: 8	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 8																										
OBJETO: ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS																														
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA MES AÑO	HASTA DIA MES AÑO																										
			01 10 2024	31 10 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:		36,965,460																												
VALOR EJECUTADO:		33,280,800																												
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:		3,684,660																												
TOTAL HORAS CONTRATADAS:		186																												
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:		186																												
VALOR A LIBERAR:		0																												
SALDO POR EJECUTAR:		3,684,660																												
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:		90.03 %																												
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																										
80172081	200,000	0	3	39,000																										
	0	0		0																										
TOTAL PLANILLA		239,000																												

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA

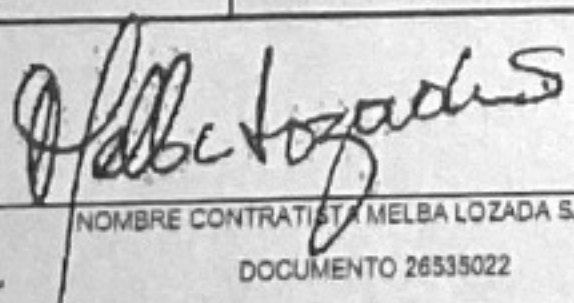
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LOZADA SANDOVAL MELBA

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.

		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 SIMÓN BOLÍVAR	
No. DE CONTRATO:		2480-2024		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO				1	10	2.024	31
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MELBA LOZADA SANDOVAL		DOCUMENTO:		26535022			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACIÓN 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 ESPECÍFICAS				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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.				Capacitaciones, retroalimentación de mejoras para la acreditación. Sensibilización para el mejoramiento de la atención integral con calidad de las relaciones laborales en pro de la 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 correspondiente para el mejoramiento de las actividades en el servicio. Compromiso permanente para la atención integral de pacientes basada en la misión y visión de la institución durante todo el mes en los 15 turnos,					
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.				Realizar actividades en el servicio asignado durante los 15 turnos					
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.				15 turnos recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales					
5. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.				Enviar a farmacia ordenes medicas, administrar medicamentos registrarlos y realizar la devolución en los formatos implementados por la institución durante los 15 turnos realizados					
6. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.				15 turnos en los que se hizo solicitud oportuna a las áreas administrativas					
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				Cumplió con los procesos, procedimientos, Guías, instructivos, formatos protocolos que se requieren para el cumplimiento de las actividades, revisión de carro de paro, desinfección y limpieza en cada uno de los 15 turnos					
8. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				3 asistencias a capacitaciones programadas por la institución					
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.				15 turnos realizados según cronograma desarrollando actividades pertinentes según objeto del contrato					
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.				15 turnos en los que se brindo información a los usuarios y sus familias sobre el estado de salud acorde a mis competencias como enfermera					
11. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.				15 turnos aplicando políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					
12. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.				Cumplió con 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.				15 turnos realizando 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.				15 turnos realizando 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.				Se cumplió con 6 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.				Cumplió con 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.					
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)		3.684.660		TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
 NOMBRE CONTRATISTA: MELBA LOZADA SANDOVAL DOCUMENTO: 26535022				Fecha: 31/10/2024  ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26535022	MELBA LOZADA SANDOVAL		trv 3a #84b-73 sur	6018005645	melosa_1995@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80172081	TOTAL A PAGAR
					\$239.400

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	200.000	0		0		0	2	300	0	200.300	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	

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.000				39.000	2	100	39.100			390	39.100	1

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26535022	MELBA LOZADA SANDOVAL		trv 3a #84b-73 sur	6018005645	melosa_1995@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80172081	\$239.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres						Cotizante	Subjeto	Ensayado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	26535022	LOZADA SANDOVAL MELBA						59	2			N																	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA