

 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		357212
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	26535022
CORREO	melosa_1995@hotmail.com	CELULAR	3183023926
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias		UNIDAD: Simon Bolivar
CENTRO DE COSTOS	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 CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1062	FECHA	26/08/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1207	FECHA	18/09/2024
NÚMERO DE CDP: 8	1393	FECHA	23/10/2024
NÚMERO DE CDP: 9	1553	FECHA	21/11/2024
NÚMERO DE CRP: 1	15945	FECHA	07/02/2024
NÚMERO DE CRP: 2	25540	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CRP: 3	28484	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CRP: 4	36233	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CRP: 5	38498	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CRP: 6	45362	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CRP: 7	49946	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CRP: 8	56218	FECHA	31/10/2024
NÚMERO DE CRP: 9	60552	FECHA	30/11/2024

OBJETO: ENFERMERO (A) - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2024		30	11	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

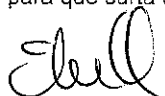
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	40,650,120
VALOR EJECUTADO:	40,650,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,684,660
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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.

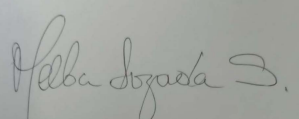
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
80947506	200,000	0	3	39,000	0	239,000
	0	0		0	0	

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



SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA

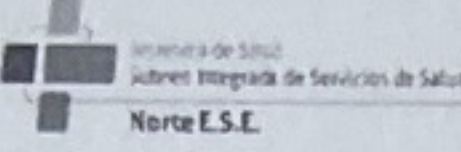
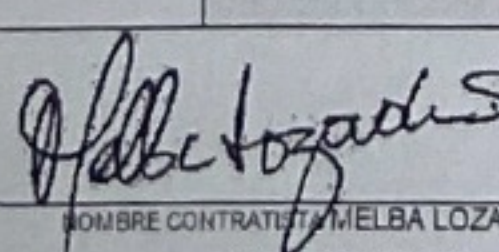
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



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 <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>11</td> <td>2.024</td> <td>30</td> <td>11</td> <td>2.024</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	1	11	2.024	30	11	2.024
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año												
1	11	2.024	30	11	2.024												
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO															
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 por 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 36 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													
 NOMBRE CONTRATISTA: MELBA LOZADA SANDOVAL DOCUMENTO: 26535022		Fecha: 30/11/2024  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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	80947506	10
TOTAL A PAGAR					\$240.100

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	6	900	0	200.900	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	6	200	39.200			390	39.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	39.000	39.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	239.000	240.100

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	80947506	10
					TOTAL A PAGAR
					\$240.100

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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

PAGADA