

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL								359679		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1031151254									
CORREO	leidymary93@hotmail.com	CELULAR	3142276384									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		UNIDAD:				Simon Bolivar					
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:		1381-2024		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	13397	FECHA	01/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 2	22616	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	27080	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	35361	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	40389	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 6	44535	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 7	49122	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CDP: 8	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 8	55420	FECHA	31/10/2024
NÚMERO DE CDP: 9	1553	FECHA	21/11/2024	NÚMERO DE CRP: 9	59791	FECHA	30/11/2024

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA - 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	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:	21,487,092
VALOR EJECUTADO:	21,487,092
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,953,372
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:

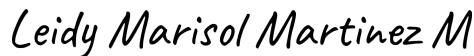
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
8633258017	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	0	0		0	0	



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



SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CÓDIGO: AP-CT-F-50-03			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN			VERSIÓN: 3			
				PÁGINA: 1 DE 1			
ÁREA Y/O SERVICIO: HSB106 HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA			UNIDAD:	HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO: 1381-2024	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		01	11	2024	30	11	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL			DOCUMENTO: 1031151254				
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 (%):							
ACTIVIDADES CONTRATADAS				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.				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.			
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.				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.			
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.				Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.			
4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.				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).				Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).			
6. Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.				Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.			
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.				Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.			
8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.				Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.			
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.				Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.			
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.				Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.			
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.				Registrar 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.				Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.			
13. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.				Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.			
OBSERVACIONES: 186 HORAS							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$1953372) UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS							
 MARTINEZ MARTINEZ LEIDY MARISOL CC1031151254				Fecha: ___30___/___11___/___2024___  Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO			
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

RAZÓN SOCIAL :	LEIDY MARISOL MARTINEZ MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1031151254
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-15
FECHA DE PAGO:	2024-11-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	8633258017
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8696922686
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	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 162.500
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 208.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 31.700	\$ 31.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 402.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

12/12/2024