

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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:		HERNANDEZ BUENDIA MARISOL		362476						
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	65753969							
CORREO	null	CELULAR	null							
PROCESO:	Otro									
SERVICIO:	Otro		UNIDAD:	Chapinero						
CENTRO DE COSTOS	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:		4460-2024		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	570	FECHA	07/05/2024	NUMERO DE CRP: 1	26459	FECHA	14/05/2024
NUMERO DE CDP: 2	810	FECHA	20/06/2024	NUMERO DE CRP: 2	36836	FECHA	21/06/2024
NUMERO DE CDP: 3	923	FECHA	23/07/2024	NUMERO DE CRP: 3	40956	FECHA	30/07/2024
NUMERO DE CDP: 4	1062	FECHA	26/08/2024	NUMERO DE CRP: 4	45844	FECHA	30/08/2024
NUMERO DE CDP: 5	1207	FECHA	18/09/2024	NUMERO DE CRP: 5	50396	FECHA	30/09/2024
NUMERO DE CDP: 6	1393	FECHA	23/10/2024	NUMERO DE CRP: 6	56648	FECHA	31/10/2024
NUMERO DE CDP: 7	1553	FECHA	21/11/2024	NUMERO DE CRP: 7	61361	FECHA	30/11/2024

OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD - TERAPEUTAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2024		31	12	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:	27,932,100
VALOR EJECUTADO:	27,813,240
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:	118,860
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.57 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

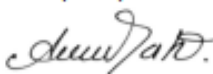
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
82063711	192,700	246,600	3	37,600	0	476,900
	0	0		0	0	

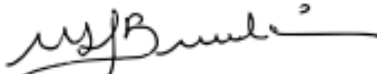
CERTIFICADO USS R

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,



SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



HERNANDEZ BUENDIA MARISOL
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: DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS

UNIDAD:

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

No. DE CONTRATO: 4460 - 2024

PERIODO CERTIFICADO

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO

1

12

2024

31

12

2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARISOL HERNANDEZ BUENDIA

DOCUMENTO: 65753969

OBJETO DEL CONTRATO: Profesional asistencial Terapeuta Respiratorio para la prestación de los servicios de salud en las áreas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.

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.

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. 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. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.

Cumplir con calidad y oportunidad de las ordenes medicas e interconsultas en los tiempos estipulados velando por la satisfacción del usuario, la familia y la comunidad manteniendo los estándares de productividad y los estándares de calidad descritos en las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales establecidos por la Subred Norte manteniendo un grado de apropiación y adherencia del 85%. Se revisa 108 historias clínicas. Se da respuesta de 131 ordenes medicas y participación de planes de manejo, plan casero y plan de egreso de los pacientes con el debido seguimiento a la evolución y al cumplimiento de objetivos

4. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las obligaciones asignadas

Se reportan 0 sucesos de seguridad por los mecanismos establecidos por la Subred Norte con los siguientes códigos 0. Se socializa 5 derechos y deberes del mes a los pacientes y/o familiares atendidos articulado con los registros en historia clínica. Se direcciona 0 pacientes a RIAS. Información coherente con los registros en historia clínica

5. Realizar entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato y durante las fechas establecidas.

Se realiza envío de informe de estadística mensual durante las fechas establecidas correspondiente al mes de DICIEMBRE.

6. Participar en el proceso de habilitación y acreditación de la Subred Norte, manteniendo, desarrollando e implementando la visión y la misión, impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios, cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso al interior de la institución, apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre, garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio, conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizado en prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y demás profesionales.

Se asistió a 1 , reuniones, capacitaciones 1 programadas por el servicio de manera presencial o virtual.

7. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual de cada área.

Realizar las actividades que se tienen documentadas para terapia respiratoria, controlar la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario. PRODUCTO 1: Se tomo, proceso y analizo 9 muestras de gases sanguíneos
PRODUCTO 2: Se tomo 0 muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc),
PRODUCTO 3: Se apoya en 1 códigos azules, 0 intubaciones endotraqueales y 0 trasporte intra-institucional de pacientes con vía aérea artificial.
PRODUCTO 4: Se apoya en 0 extubaciones de pacientes.
PRODUCTO 5: Se inicia 2 pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva y 2 con soporte de ventilación mecánica no invasiva.
PRODUCTO 6: Se realiza 0 aplicación de surfactante.
PRODUCTO 7: Se realiza 6 cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosolterapia usados por los pacientes, según protocolos.
PRODUCTO 8: Se realiza 0 micronebulizaciones, se inician 10 soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhaloterapia 26.
PRODUCTO 9: Se realizan 131 terapias respiratorias integrales. Se apoya en 131 la permeabilización de vía aérea-succión. Se realizan 3 maniobras de fisioterapia de tórax a pacientes.
PRODUCTO 10: Se dicto capacitación a 0 pacientes y a sus familiares del manejo de uso de Inhaladores y oxígeno domiciliario soportado en historia clínica
PRODUCTO 11: Se recibe y entrega de manera personalizada, presencial, oportuna, completa e individual 143 pacientes en el servicio asignado.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: (TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE \$ 3.684.660)

MARISOL HERNANDEZ BUENDIA - 65753969
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA CC: CEDULA DEL CONTRATISTA

Fecha: 31/12/2024

Dra. ANDREA SANDOVAL CASTRO

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

DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	65753969	MARISOL HERNANDEZ BUENDIA		CALLE 66 # 59-31 TORRE 11 APTO 502	3004608845	mhernandezbuendia@yahoo.co m							EMPLEADOS	UPC
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO	2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82063711	\$476.900	

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						
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	192.700	0		0		0	0	0	0	192.700	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
25-14	Colpensiones		900336004-7	246.600	0	0	0	0	0	0	0	246.600	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	600226175-3	37.600				37.600	0	0	37.600			376	37.600	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		
0	0	0	0	0	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, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	192.700	192.700
Pensión	1	246.600	246.600
Riesgos Laborales	1	37.600	37.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	476.900	476.900

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

DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	65753969	MARISOL HERNANDEZ BUENDIA		CALLE 66 # 59-31 TORRE 11 APTO 502	3004608845	mhernandezbuendia@yahoo.co m							EMPLEADOS	UPC
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.			NO	2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82063711	\$476.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Clasificación	Salud	Pensión	Riesgos	CCF	Parafiscales	CCF	Parafiscales	CCF	Parafiscales	CCF	Parafiscales	CCF	Parafiscales	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	65753969	HERNANDEZ BUENIA MARISOL	59	0	N												EPS005	1.541.000	192.700	14-25	1.541.000	3	37.600	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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