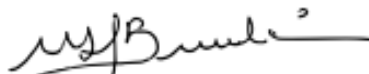


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5	
			PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		HERNANDEZ BUENDIA MARISOL		367196
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	65753969	
CORREO	null	CELULAR	null	
PROCESO:	Otro			
SERVICIO:	Otro	UNIDAD:	Chapinero	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	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
NÚMERO DE CDP: 1	570	FECHA	07/05/2024	NÚMERO DE CRP: 1
NÚMERO DE CDP: 2	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 2
NÚMERO DE CDP: 3	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 3
NÚMERO DE CDP: 4	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 4
NÚMERO DE CDP: 5	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 5
NÚMERO DE CDP: 6	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 6
NÚMERO DE CDP: 7	1553	FECHA	21/11/2024	NÚMERO DE CRP: 7
NÚMERO DE CDP: 8	103	FECHA	10/01/2025	NÚMERO DE CRP: 8
OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD - TERAPEUTAS				
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA 01	MES 01
			AÑO 2025	HASTA
			DIA 31	MES 01
			AÑO 2025	
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:			31,616,760	
VALOR EJECUTADO:			31,497,900	
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:			99.62 %	
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
82908902	192,700	246,600	3	37,600
	0	0		0
CERTIFICADO USS R				

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.

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,

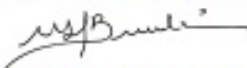


SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



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		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 3		
				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
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO				1	01	2025	31
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 158 historias clínicas. Se da respuesta de 176 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 ENERO.			
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 transporte 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 14 micronebulizaciones, se inician 19 soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhaloterapia 26. PRODUCTO 9: Se realizan 176 terapias respiratorias integrales. Se apoya en 176 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 C.C. CODIGO DEL CONTRATISTA				Fecha: 31/05/2025  Dra. ANDREA SANDOVAL CASTRO			
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPIC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	82908902	\$476.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP 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 DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPIC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	82908902	\$476.900	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

PAGADA

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