

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 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:		OCHOA QUINTERO INGRID TATIANA						365553		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.		1073678184						
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

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4480-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NUMERO DE CDP: 1	583	FECHA	10/05/2024	NUMERO DE CRP: 1	26496	FECHA	16/05/2024	NUMERO DE CDP: 2	810	FECHA	20/06/2024	NUMERO DE CRP: 2	36850	FECHA	21/06/2024
NUMERO DE CDP: 3	923	FECHA	23/07/2024	NUMERO DE CRP: 3	42140	FECHA	31/07/2024	NUMERO DE CDP: 4	1062	FECHA	26/08/2024	NUMERO DE CRP: 4	45854	FECHA	30/08/2024
NUMERO DE CDP: 5	1207	FECHA	18/09/2024	NUMERO DE CRP: 5	50404	FECHA	30/09/2024	NUMERO DE CDP: 6	1393	FECHA	23/10/2024	NUMERO DE CRP: 6	56656	FECHA	31/10/2024
NUMERO DE CDP: 7	1553	FECHA	21/11/2024	NUMERO DE CRP: 7	61368	FECHA	30/11/2024								

OBJETO: ENFERMERO (A) - AMBULATORIO

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		3,425,748		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:	25,748,364
VALOR EJECUTADO:	25,693,110
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,370,494
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	183
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	55,254
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.79 %

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
82454149	171,400	219,400	3	33,400	0	424,200
	0	0		0	0	

Se certifican 183 horas de las 186 horas contratadas mensualmente acorde a programación de actividades.

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,

Liliana Arango Sanchez

LILIANA DEL PILAR ARANGO SANCHEZ

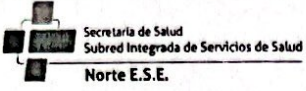


NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Tatiana Ochoa

OCHOA QUINTERO INGRID TATIANA

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: 19/11/2024					
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS				UNIDAD:		CALLE 80			
No. DE CONTRATO: 4480-2024		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				1	12	2024	31	12	2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA ARANGO SANCHEZ				DOCUMENTO: 1073678184					
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INGRID TATIANA OCHOA QUINTERO									
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA AMBULATORIOS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____									
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. se contribuyo 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. se direcciono y se detectaron usuarios a tiempo para activar y remitir a las rutas pertinentes y adecuadas.				
3. Participar activamente en la prestación de servicios a la población asignada en cada unidad, de acuerdo al Modelo de Atención en Salud.					Se realizo y se apoyo activamente en la referenciación y adscripción de la población asignada a cada centro de atención acorde al Modelo de Atención				
4. Promocionar la demanda inducida a los diferentes servicios ofertados por la Subred Norte.					Se Realizo diariamente el direccionamiento a los diferente servicios ofertados				
5. Si es designado enfermero (a) de cabecera, deberá diseñar estrategias que fortalezcan el Modelo de Atención y dar cumplimiento a todas las actividades propias del modelo.					Se trabajo y se Diseño estrategias que fortalezcan el Modelo de Atención y dar cumplimiento a todas las actividades propias del modelo.				
6. Realizar consulta de ENFERMERIA (Promoción y Detección) en el servicio de consulta externa.					Realice consulta de ENFERMERIA (Promoción y Detección) en el servicio de consulta externa.				
7. Mantener los estándares de productividad con un porcentaje mayor o igual al 95%, y rendimiento de 3 pacientes por hora.					Horas contratadas: 186; horas ejecutadas: 183, Se mantuvo una productividad mínima del 95% y la atención de 3 usuarios por hora. Actividades realizadas centro de servicio Alamos de pacientes atendidos hasta la fecha 42 Número				
8. Realizar reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.					Se realizo Reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción. Inasistencias: 0 Extras: 0				
9. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999.					Se Sostuvo una productividad mínima del 95% y la atención de 3 usuarios por hora				
10. Realizar seguimiento a las bases según ruta de atención y entrega de informes según necesidad del servicio.					Se realizo el Diligenciamiento de historias clínicas de enfermería				
11. Acompañar de los procesos de gestión de los puntos de atención: Desarrollo cursos de maternidad y paternidad, supervisión a las actividades desarrolladas por auxiliares de enfermería, reuniones de fortalecimiento, atención de visitas de seguimiento, entre otras.					Se realizo Acompañamiento de los procesos de gestión de los puntos de atención				
12. Desarrollar los procedimientos acordes al perfil, habilitados en el servicio de consulta externa.					Se hizo un Reporte oportuno de los eventos en Salud Pública de acuerdo a los protocolos establecidos por el INS				
13. Asegurar el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.					Se Garantizo el cuidado de los equipos asignados para el desarrollo de las actividades diarias.				
14. Adherencia a los procesos establecidos por la Subre Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).					Se dio Cumplimiento de protocolos, guías registros acordes a los establecidos en la Institución.				
15. Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.					Se hizo una Contribucion con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las actividades realizadas				
16. Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos.					En el mes no se presento ninguna queja por tal motivo no se realiza esta Actividad.				
17. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.					Se Registro por los diferentes medios Historia Clínica, Libro, correo.				
18. Notificar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).					Se dio Cumplimiento de protocolos, guías y registros acordes con cada programa de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud				
19. Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.					se asistio a los servicios a los que se le asigne conforme a la actividad y su perfil contractual, reunión de fortalecimiento del día 23 de octubre				
20. Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad).					Se Realización, actualización y registro mensualmente de las Bases requeridas.				
21. Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución.					Es necesario crear un ambiente de confianza cuando se está atendiendo al usuario, mostrando interés en darle un buen servicio y satisfacer sus necesidades, al igual manteniendo un ambiente laboral favorable				
22. Las demás actividades que le sean afines con la naturaleza del contrato					Cuando la entidad necesite que se cumpla con alguna función siempre que las mismas tengan relación con las del cargo que se tiene.				
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (\$ 3.370.494): TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS /MCTE									
 Tatiana Ochoa NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRID TATIANA OCHOA QUINTERO 1073678184					Fecha: 31/12/2024  Firma de recibido Supervisor Contrato: Liliana Arango Sanchez DRA. LILIANA ARANGO SANCHEZ Supervisora de contrato				

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	1073678184	INGRID TATIANA OCHOA QUINTERO		Calle 139# 107b-27	3223108026	Ochoatiana129@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82454149	\$424.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	171.400	0		0		0	0	0	0	171.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	219.400	0	0	0	0	0	0	0	219.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	33.400				33.400	0	0	33.400			334	33.400	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
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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	171.400	171.400
Pensión	1	219.400	219.400
Riesgos Laborales	1	33.400	33.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	424.200	424.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073678184	INGRID TATIANA OCHOA QUINTERO		Calle 139# 107b-27	3223108026	Ochoatiana129@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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				
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82454149	\$424.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1073678184	OCHOA QUINTERO INGRID TATIANA	57	0		N																		230201	1.371.000	219.400	0	0	0	0	EPS017	1.371.000	171.400	14-23	1.371.000	3	33.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA