

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		HERNANDEZ BUENDIA MARISOL								372907				
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	65753969											
CORREO	null	CELULAR	null											
PROCESO:	Hospitalización													
SERVICIO:	Hospitalización								UNIDAD:				Simón Bolívar - HSB	
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:		0935-2025			N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	197	FECHA	28/01/2025	NUMERO DE CRP: 1	8209	FECHA	01/02/2025				

OBJETO:	TERAPEUTA - RESPIRATORO											
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		01	02	2025		28	02	2025				
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0					
VALOR MES	3,876,240 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:	11,628,720
VALOR EJECUTADO:	3,876,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,876,240
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,752,480
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	33.33 %

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
83650915	192,700	246,600	3	37,600	0	476,900
	0	0		0	0	

CERTIFICADO USSB CH

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,



CAMPOS MORENO LUZ DARY
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				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL					VERSIÓN: 4				
						PÁGINA : 1 DE 1				
					FECHA: 07/11/2024					
ÁREA Y/O SERVICIO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS – UCI ADULTO					UNIDAD:		HOSPITAL SIMON BOLIVAR		
No. DE CONTRATO:	0935-2025		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ DARY CAMPOS MORENO				01	02	25	28	02	25
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARISOL HERNANDEZ BUENDIA		DOCUMENTO:	65753969						
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TERAPEUTA - RESPIRATORIA 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 (%):	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. 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. 100%					
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.Desarrollo 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. 100%					
3, Realizar recibo y entrega de pacientes en el servicio asignado de manera presencial, personalizada, oportuna, completa e individual.					3, Realizo recibo y entrega de 124 pacientes en el servicio asignado de manera presencial, personalizada, oportuna, completa e individual.					
4, Realizar valoración de los pacientes con orden médica para terapia respiratoria de acuerdo con lo solicitado promoviendo la satisfacción de las necesidades del paciente de manera oportuna.					4, Realizo valoración de 96 pacientes con orden médica para terapia respiratoria de acuerdo con lo solicitado promoviendo la satisfacción de las necesidades del paciente de manera oportuna.					
5, Realizar las actividades que se tienen documentadas para terapia respiratoria en la Subred Norte con una adherencia mayor al 80% y cumplir con las acciones establecidas si presenta alguna desviación.					5, Realizo las actividades que se tienen documentadas para terapia respiratoria en la Subred Norte con una adherencia mayor al 80% y cumplir con las acciones establecidas si presenta alguna desviación.					
6, Toma, procesamiento y análisis de muestras de gases sanguíneos					6, Se tomaron, procesaron y analizaron 3 muestras de gases sanguíneos.					
7, Toma de muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc).					7, No se tomaron muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc).(10)					
8, Apoyar en códigos azules, intubaciones endotraqueales y transporte intrainstitucional de pacientes con vía aérea artificial.					8, No se presento códigos azules, intubaciones endotraqueales y se no se requierio apoyo con transporte intrainstitucional de pacientes con vía aérea artificial					
9, Realizar micronebulizaciones, iniciar soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhala terapia					9, No se recibo orden medica para realizar micronebulizaciones, inicio soportes de oxigenoterapia a 11 pacientes y administre 78 inhalador de dosis medida a pacientes con orden medica de inhaloterpia					
10, Realizar extubaciones y decanulaciones de pacientes con vía aérea artificial.					10, No realice extubaciones y no realice decanulaciones de pacientes con vía aérea artificial.					
11, Intervenir pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva y con soporte de ventilación mecánica no invasiva.					11, Se realizo intervencion a 01 pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva y 01 paciente con soporte de ventilación mecánica no invasiva.					
12, Aplicación de surfactante en los pacientes que lo requieran según lo documentado por la Subred Norte.					12, En el servicio donde ejcuto mis actividades no realizo aplicación de surfactante. Segun lo documentado por la Subred Norte.					
13, Permeabilización de vía aérea-succión de acuerdo con los Instructivos institucionales.acuerdo con los instructivos de la Subred Norte					13, Se permeabilizo 98 vía aérea-succión de acuerdo con los Instructivos institucionales.					
14, Realizar maniobras de kinesioterapia de tórax a pacientes de					14, Se realizo 03 maniobras de kinesioterapia de tórax a pacientes de acuerdo con los instructivos de la Subred Norte.					
15, Brindar educación al paciente, familia o cuidador sobre derechos y deberes, rutas de promoción y mantenimiento, plan casero, Hábitos de vida saludable, alimentación adecuada, uso adecuado del oxígeno domiciliario, uso de medicamentos)					15, Se brindo educación al paciente, familia o cuidador sobre derechos y deberes, rutas de promoción y mantenimiento, plan casero, Hábitos de vida saludable, alimentación adecuada, uso adecuado del oxígeno domiciliario, uso de medicamentos. 02 pacientes.					
15, Realizar registro completo y con calidad de las historias clínicas en el sistema de información de acuerdo con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.					15, Realice registro completo y con calidad de las historias clínicas en el sistema de información de acuerdo con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 124 pacientes					
16, Realizar cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosol terapia usados por los pacientes, según la documentación de la Subred Norte.					16, Realice cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosol terapia usados por los pacientes, según la documentación de la Subred Norte. 11 pacientes.					
17, Controlar la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario cumpliendo con los lineamientos del comité de tecnovigilancia.					17, Controle la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario cumpliendo con los lineamientos del comité de tecnovigilancia.					
18, Realizar reporte de actividades realizadas de acuerdo con las directrices establecidas en la Subred Norte y enviadas a sistemas el primer día hábil del mes siguiente.					18, Realice reporte de actividades realizadas de acuerdo con las directrices establecidas en la Subred Norte y enviadas a sistemas el primer día hábil del mes siguiente.					
19, Realizar el Informe de actividades, reportar y pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos.					19, Realice el Informe de actividades, reportar y pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos.					
20, Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos e insumos médico-quirúrgicos durante la prestación de los servicios.					20, Desarrolle una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos e insumos médico-quirúrgicos durante la prestación de los servicios.					
21, 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,					21, Participo 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.					
22, Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre, así como conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizado del cliente interno y externo.					22, Apoye el trabajo en equipo en el servicio donde me encuentre, así como conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizado del cliente interno y externo					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MICTE (\$)					TRES MILLONES OCHOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE \$3.876.240					
 MARISOL HERNANDEZ BUENDIA NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA CC : 65753969					Fecha: 28/02/2025  Firma de recibido supervisor:					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.										

La empresa **MARISOL HERNANDEZ BUENDIA**, identificada con **CC** número **65753969**, aportó por **MARISOL HERNANDEZ BUENDIA** identificado(a) con **CC** número **65753969** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	R	E	T	D	A	T	T	V	S	S	L	G	M	A	V	A	V	C	I	R	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																						0	30	\$1,541,000	0.16000	\$246,600	\$0	\$0	Enero - 2025	83650915	10/02/2025	NO	
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	59																						0	30	\$1,541,000	0.02436	\$37,600	\$0	\$0	Enero - 2025	83650915	10/02/2025	NO	
EPS005	Sanitas EPS	59																						0	30	\$1,541,000	0.12500	\$192,700	\$0	\$0	Enero - 2025	83650915	10/02/2025	NO	

PAGADA

El presente certificado se expide a los **10** días del mes **Febrero** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.