

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		HERNANDEZ BUENDIA MARISOL								377932		
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	03	2025		31	03	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:	6,502,080
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,625,840
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	126
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	5,126,640
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	55.91 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

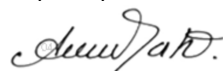
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
84427310	192,700	246,600	3	37,600	0	476,900
84958028	2,300	3,000		500	0	5,800

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.


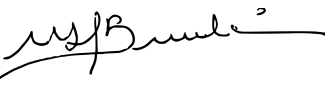

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



HERNANDEZ BUENDIA MARISOL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

		INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSION: 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:	ANDREA SANDOVAL CASTRO				01	03	25	31	03	25
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARISOL HERNANDEZ BUENDIA			DOCUMENTO:	65753969					
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TERAPEUTA - RESPIRATORIO 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, Auditoria 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, Auditoria 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 194 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 201 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 12 muestras de gases sanguíneos.					
7, Toma de muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc).					7, Se tomaron 01 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 No se apoyo con transporte intrainstitucional de pacientes con vía aérea artificial					
9, Realizar micronebulizaciones, iniciar soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhala terapía.					9, No se recibo orden medica para realizar micronebulizaciones, inicio soportes de oxigenoterapia a 11 pacientes y administre 100 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 0 pacientes 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 ejecuto 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 201 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. 194 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. 41 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 de cliente interno y externo					
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MICTE (\$)		DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTI CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE \$2.625.840								
 MARISOL HERNANDEZ BUENDIA NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA CC : 65753969						Fecha: 31/ 03/ 2025 Firma de recibido supervisor: 				
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.										

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	65753969	MARISOL HERNANDEZ BUENDIA	CALLE 86 # 59-31 TORRE 11 APTO 502	3004608845	mhermandzbuendia@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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				
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84427310	\$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	800251440-8	192.700	0	0	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	000336004-7	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	800226175-3	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
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	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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	65753969	MARISOL HERNANDEZ BUENDIA	CALLE 66 # 59-31 TORRE 11 APTO 502	3004608845	mhernandezbuendia@yahoo.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
84427310	10/03/2025				EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-02	2025-02	N	12/03/2025	84958028	TOTAL A PAGAR \$5.800	

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	2.300	0	0	0	0	0	0	0	0	2.300	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

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	800226175-3	500				500	0	0	500			5	500	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	2.300	2.300
Pensión	1	3.000	3.000
Riesgos Laborales	1	500	500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.800	5.800

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