Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA ENFERMERIA				**UNIDAD:**		Hospital Emaus		
No. DE CONTRATO: CPS-6828-2025	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATHALY PUERTO BONILLA		05	09	25	30	09	25
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JESSICA GINNETH MACIAS LOPEZ	**DOCUMENTO:** 1000161905						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA- AMBULATORIO 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. Aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención.	Se realiza seguimiento a bases y demanda inducida de rutas integrales de atención en salud.
2. Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.	Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el líder de la unidad, y continuar con buen servicio a los pacientes para mayor confianza y seguridad.
3. Participar activamente en la prestación de servicios a la población asignada en cada unidad, de acuerdo al Modelo de Atención en Salud.	Brindarles un Servicio y atención de calidad a los pacientes.
4. Promocionar la demanda inducida a los diferentes servicios ofertados por la Subred Norte.	Realizar demanda inducida de PYD a diferentes servicios.
5. Realizar aseo, limpieza y desinfección (de acuerdo al manual de bioseguridad) de los equipos y superficies que se encuentran en el servicio de consulta Externa.	Se realiza desinfección en las áreas y consultorios se realiza desinfecciones rutinarias y desinfecciones terminales según los protocolos de desinfección.
6. Realizar registro, seguimiento (llamadas a los usuarios), actualización y control de las bases de datos según ruta de atención y entrega de informes según necesidad del servicio – Apoyo y monitoreo RIAS.	Se realiza llamadas a los pacientes y alimentación de las bases.
7. Realizar procedimientos acorde al perfil de auxiliar de enfermería, en los servicios que le sean asignados, incluyendo gastroenterologia y cardiologia.	Cumplir con las actividades asignadas por el servicio.
8. Hacer el stock de insumos incluyendo rotulacion, verificar fecha de vencimiento, controles de temperatura y humedad (registro), control del inventario.	Se realiza registro de temperatura a diario, se verifica semanalmente el inventario y fechas de vencimiento y su registro.
9. Realizar custodia del registro manual de las historias clínicas con su respectivo registro y entrega al área de Gestión Documental.	N/A
10.Brindar el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.	N/A
11.Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).	Se da cumplimiento a cada actividad dada por la subred norte para realizar con sus respectivas indicaciones, como agendamiento de pyd de servicios de salud.
12.Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.	Participación en capacitaciones realizadas para el proceso habilitación y acreditación. Las capacitaciones fueron: Promoción y mantenimiento, fortalecimiento y programa mujer en salud, Clínica de Genero
13.Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos.	No Aplica noseres respondieron quejas.
14. Realizar el reporte 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 realiza notificaciones de fichas de SIVIGILA – SIVELCE – SIVIM- SISVECOS – SIVISTRA EVENTOS 300 – 365 Según el reporte tanto en Urgencias como en Consulta Externa.
15.Registrar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).	Reportar incidentes y eventos adversos que se puedan presentar con los pacientes.
16.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.	Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la subred.
17.Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad).	Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución. eficacia y efectividad).
18.Realizar toma de muestras de laboratorio clínico acorde a servicio habilitado en la sede, cumplimiento con los lineamientos institucionales.	Se realiza las actividades que le sean asignadas en la sede cumpliendo sus lineamientos.

OBSERVACIONES:
TOTAL, A PAGAR (Número y letras): 1.703.832 M/CTE ($)UN MILLON SETECIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE
NOMBRE COMPLETO: JESSICA GINNETH MACIAS LOPEZ CC:1000161905 Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Jessica Macias — Fecha: 30 / 09 / 2025 — Firma de recibido supervisor: NATHALY PUERTO BONILLA
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

PLANILLA NRO. 34844244 Tipo I 2025 09

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1000161905	JESSICA GINNETH MACIAS LOPEZ	ÚNICO		0	2025-09	2025-09	34844244		PRIVADA	I	14-11	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
DIG 2 B N 81 B 06	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	3172499107	0	YESIKAMACIAS502@GMAIL.COM	8299	0	1	2025-10-09	2025-10-02

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS017	830003564	166100	0	0	0	0	0	166100	7	800	0	166900	0	0	0	0	166900	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230201	800229739	212600	0	0	0	7	1000	0	213600	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-11	890903790	32400	0	0	0	32400	7	200	32600	0	0	326	32600

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	7	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	7	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	7	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	7	0	0	1

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	7	0	0	1

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	213600
SALUD	166900
RIESGOS LABORALES	32600
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	413100

PAGADO

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1000161905	MACIAS	LOPEZ	JESSICA	GINNETH	2025-09	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	1000161905	MACIAS	LOPEZ	JESSICA	GINNETH	2021-09	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS FAMISANAR	09/2025	20	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	08/2025	7	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2025	1	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2025	15	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	03/2025	4	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4

33 Registros en 4 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	JESSICA GINNETH MACIAS LOPEZ		405494
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000161905
CORREO	3172499107	CELULAR	yesikamacias502@gmail.com
PROCESO:	Ambulatorios		
SERVICIO:	Ambulatorios	UNIDAD:	Chapinero

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:	6828-2025			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1212	FECHA	29/08/2025	NÚMERO DE CRP: 1	42512	FECHA	04/09/2025
NÚMERO DE CDP: 2	1344	FECHA	24/09/2025	NÚMERO DE CRP: 2	47093	FECHA	30/09/2025

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		05	09	2025		30	09	2025	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,031,492	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:	2,031,492
VALOR EJECUTADO:	1,703,832
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,703,832
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	156
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	327,660
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	83.87 %

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
6828202509	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

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,



PUERTO BONILLA NATHALY	JESSICA GINNETH MACIAS LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.