

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>						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					
<b>ÁREA Y/O SERVICIO :DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>											
<b>No. DE CONTRATO: 0878-2025</b>			<b>PERIODO CERTIFICADO</b>			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO</b>						1	03	2025	31	3	2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: YENI PAOLA GAONA NIVIA</b>			<b>DOCUMENTO:53066098</b>								
<b>OBJETO DEL CONTRATO: profesional asistencial terapeuta ocupacional para la prestación de los servicios de salud en las areas de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte</b>											
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): ____ 100% ____</b>											
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>					<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>						
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad					1. Se contribuye 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					2. Se Desarrollan 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. Evaluar individualmente pacientes en Terapia Ocupacional en urgencias y/o hospitalizados					3. Se evaluaron 48 pacientes individualmente en Terapia Ocupacional en hospitalización, que requirieron intervención.						
4. Realizar plan de tratamiento para pacientes con orden de Terapia Ocupacional en urgencias y/o hospitalizados					4. Se Realizaron 48 planes de tratamiento para pacientes con orden de Terapia Ocupacional en urgencias y/o hospitalizados						
5. Socializar el plan casero en los pacientes que así lo requieran y educación al paciente, familia o cuidador.					5. Se brinda educación a 60 pacientes.						
6. Incorporar creatividad, capacidad de observación, análisis, reflexión, vocación de servicio, habilidad para la comunicación, con los usuarios y sus familias.					6. SE Incorpora creatividad, capacidad de observación, análisis, reflexión, vocación de servicio, habilidad para la comunicación, con los usuarios y las familias.						
7. Realizar registro completo y con calidad de las historias clínicas en el sistema de información de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 en el sistema de información establecido por la Subred Norte E.S.E.					7. Se Realiza registro completo y con calidad de las 50 historias clínicas, en el sistema de información de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 en el sistema de información establecido por la Subred Norte E.S.E.						
8. Presentar informe mensual de ejecución de actividades, soporte de pago de planilla de seguridad social (EPS, PENSION, ARL) con el fin de realizar la certificación correspondiente al periodo laborado.					8. Presentar informe mensual de ejecución de actividades, soporte de pago de planilla de seguridad social (EPS, PENSION, ARL) con el fin de realizar la certificación correspondiente al periodo laborado. Mes de marzo del año 2025						
9. Cumplir con calidad y oportunidad la atención de los pacientes según la solicitud médica, en los tiempos estipulados, velando por la satisfacción del usuario, la familia, la comunidad manteniendo los estándares de calidad y productividad.					9. Se cumple con calidad y oportunidad la atención de los pacientes según la solicitud médica, en los tiempos estipulados, velando por la satisfacción del usuario, la familia, la comunidad manteniendo los estándares de calidad y productividad.						
10. Brindar trato humano, digno con ética y calidad al cliente interno y externo de la Subred Norte E.S.E. con manejo y abordaje en la prevención de deficiencias, trastornos psicobiológicos, sociales, discapacidades, limitaciones o restricciones, que garanticen la satisfacción del usuario, y respuesta oportuna al 100% a las quejas y reclamos					10. Se brinda trato humano, digno con ética y calidad al cliente interno y externo de la Subred Norte E.S.E. con manejo y abordaje en la prevención de deficiencias, trastornos psicobiológicos, sociales, discapacidades, limitaciones o restricciones, que garanticen la satisfacción del usuario, y respuesta oportuna al 100% a las quejas y reclamos						
11. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos, guías, manuales, instructivos, establecidos por la Subred Norte E.S.E. manteniendo un grado de adherencia del 80%, revisando y actualizando cuando así se requieran la documentación del sistema de gestión de calidad del servicio del área en la Subred Norte E.S.E.					11. SE cumple con los estándares de calidad, protocolos, guías, manuales, instructivos, establecidos por la Subred Norte E.S.E. manteniendo un grado de adherencia del 80%, revisando y actualizando cuando así se requieran la documentación del sistema de gestión de calidad del servicio del área en la Subred Norte E.S.E.						
12. Promover y ejecutar actividades de educación al usuario y su familia (demanda inducida, socialización derechos y deberes, autocuidado y planes caseros) favoreciendo direccionamiento de RIAS y notificación de sucesos de seguridad.					12. se realizan 50 actividades educativas al usuario y su familia (demanda inducida, socialización derechos y deberes, autocuidado y planes caseros) favoreciendo direccionamiento de RIAS y notificación de sucesos de seguridad.						
13. Acompañar el desarrollo de las auditorías realizadas en la Subred Norte E.S.E. en las cuales se requiera de la participación del contratista.					13. Acompañar el desarrollo de las auditorías realizadas en la Subred Norte E.S.E. en las cuales se requiera de la participación del contratista.						
14. Cumplir con los programas de gestión ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias.					14. Se cumple con los programas de gestión ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias.						
15. Asistir a comités de área, capacitaciones, reuniones programadas y demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.					15 Se Asistie a 0 reuniones programadas y demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.						
16. Velar por el adecuado uso, cuidado, manejo, control, custodia de los elementos y equipos asignados al servicio de terapias que pertenecen a la Subred Norte, dando cumplimiento al manual de bioseguridad de la Subred Norte E.S.E., así como garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio.					16 Se vela por el adecuado uso, cuidado, manejo, control, custodia de los elementos y equipos asignados al servicio de terapias que pertenecen a la Subred Norte, dando cumplimiento al manual de bioseguridad de la Subred Norte E.S.E., y se garantiza la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio.						
17. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte E.S.E., cumpliendo con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.					17. SE participa en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte E.S.E., cumpliendo con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.						
18. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.					18. Se mantienen desarrollan e implementan la visión y la misión de la Subred Norte .se impulsa y promueve nuestro portafolio de servicios.						
19. Apoyar y fomentar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre					19. Se apoya y fomenta el trabajo en equipo en la Unidad de salud mental clinica fray						
<b>OBSERVACIONES:</b>											
<b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 3,876,240 (tres millones ochocientos setenta y seis mil doscientos cuarenta M/cte)</b>											
 YENI PAOLA GAONA NIVIA C.C.53066098						Fecha : 31/ 03/ 2025 Firma de recibido supervisor:  ANDREA SANDOVAL CASTRO					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53066098		GAONA NIVIA YENI PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 155 # 98-21 interior 2 casa 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7582060	No


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	9483039188	9483039188	I	2025/03/25	2025/03/17	BANCO DE BOGOTA	0	\$510,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,550,496	\$248,100			\$1,550,496	\$193,900			\$1,550,496	\$31,100			\$1,550,496	\$37,800		\$0	\$0		
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,550,496	\$248,100			\$1,550,496	\$193,900			\$1,550,496	\$31,100			\$1,550,496	\$37,800		\$0	\$0		
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)</b>						\$1,550,496	\$248,100			\$1,550,496	\$193,900			\$1,550,496	\$31,100			\$1,550,496	\$37,800		\$0	\$0		
1	CC 53066098	GAONA YENI	231001	30	\$1,550,496	\$248,100	EPS010	30	\$1,550,496	\$193,900	CCF24	30	\$1,550,496	\$31,100	14-11	30	\$1,550,496	\$37,800	30	\$0	\$0			
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>					\$1,550,496	\$248,100			\$1,550,496	\$193,900			\$1,550,496	\$31,100			\$1,550,496	\$37,800		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53066098		GAONA NIVIA YENI PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 155 # 98-21 interior 2 casa 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7582060	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	9483039188	9483039188	I	2025/03/25	2025/03/17	BANCO DE BOGOTA	0	\$510,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$248,100	\$0	\$0	\$248,100	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$248,100	\$0	\$0	\$248,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,800	\$0	\$0	\$37,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$37,800	\$0	\$0	\$37,800	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,100	\$0	\$0	\$31,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$31,100	\$0	\$0	\$31,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$193,900	\$0	\$0	\$193,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$193,900	\$0	\$0	\$193,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$510,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$510,900</b>	

	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:		GAONA NIVIA YENI PAOLA								377747		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	53066098									
CORREO	yenipaogaona@gmail.com	CELULAR	3138617117									
PROCESO:	Hospitalización											
SERVICIO:	Hospitalización		UNIDAD:				Fray Bartolomé De Las Casas					
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:		0878-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	197	FECHA	28/01/2025	NUMERO DE CRP: 1	8152	FECHA	01/02/2025				

OBJETO:	TERAPEUTA - OCUPACIONAL										
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:	7,752,480
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:	3,876,240
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	66.67 %

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

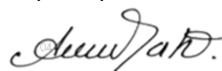
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9483039188	193,900	248,100	3	37,800	31,100	510,900
	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,



SANDOVAL CASTRO ANDREA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



GAONA NIVIA YENI PAOLA  
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.