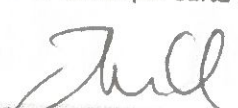
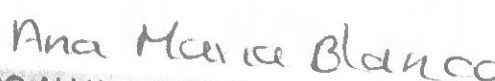
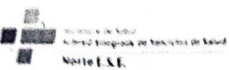
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		VERSIÓN: 5	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE		PÁGINA: 1 DE 1	
	E.S.E		FECHA: 16/02/2018	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		BLANCO ALVARADO ANA MARIA		392843
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023926735	
CORREO:	null	CELULAR:	null	
PROCESO:	Urgencias			
SERVICIO:	Urgencias			
	UNIDAD:		Chapinero	
CENTRO DE COSTOS	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:		5286-2025		
N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NUMERO DE CDP: 1	642	FECHA	24/04/2025	NUMERO DE CRP: 1
NUMERO DE CDP: 2	871	FECHA	24/06/2025	NUMERO DE CRP: 2
NUMERO DE CDP: 3	1000	FECHA	21/07/2025	NUMERO DE CRP: 3
NUMERO DE CDP: 4	1166	FECHA	26/08/2025	NUMERO DE CRP: 4
NUMERO DE CDP: 5	1323	FECHA	19/09/2025	NUMERO DE CRP: 5
OBJETO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA		
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES
			01	05
		HASTA	31	05
TIPO SERVICIOS		Asistencial		
VALOR MES		3,906,000		
VALOR LETRAS		RESERVA DE GLOSA 2%		
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:		17,262,000		
VALOR EJECUTADO:		17,262,000		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:		1,890,000		
TOTAL HORAS CONTRATADAS:		186		
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:		90		
VALOR A LIBERAR:		0		
SALDO POR EJECUTAR:		0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:		100.00 %		
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
2025528605	0	0	3	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,


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


BLANCO ALVARADO ANA MARIA
 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		CODIGO: AP-01-E-59		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 4		
			PAGINA: 1 DE 1		
				FECHA: 07/11/2024	

ÁREA Y/O SERVICIO:	URGENCIAS	UNIDAD:	HOSPITAL CHAPINERO					
No. DE CONTRATO:	5286-2025	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		18		05	2025	31	05	2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ana María Blanco Alvarado		DOCUMENTO:	1.023.926.735				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como ENFERMERO(A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de acuerdo a las necesidades de la institución.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	100%							

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	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.	Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas. Realizando con responsabilidad mis actividades de enfermería en apoyo constante AL SERVICIO DE URGENCIAS CHAPINERO.
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.	Desarrollo las estrategias institucionales para el mantenimiento y mejoramiento de los ejes del sistema única de acreditación Verificando las correctas barreras para prevenir incidentes o eventos adversos durante la atención del paciente, brindar una atención de humanización respetuosa y con trato digno al paciente, respetar las culturas creencias, género y autoprotección, hacer uso adecuado y racional de la tecnología biomédica que tenemos en la institución y reportar novedades de la misma.
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución.	Se cumplió con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución.
4. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos Institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.	Recibo y entrego turno diligenciando los formatos respectivos Institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo.
5. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.	Se cumplió Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos
6. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.	Se cumplió oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.
7. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se requieran.	Se cumplió con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se requieran.
8. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Se Asistió a capacitaciones y actividades según la programación institucional
9. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.	Se cumplió con lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.3
10. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	Se brindó información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento
11. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales.	Se aplicó las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales.
12. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.	Se cumplió adherencia al Manual de Bioseguridad.
13. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Se Realizó la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones hospitalariamente y demás eventos de interés en salud pública.
14. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.	Se realizó el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan
15. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	Cumplo y asisto con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.
16. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y re-inducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	Presento las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y re-inducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.

OBSERVACIONES: 90 HORAS	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	\$ 1.890.000
Un millón ochocientos noventa mil pesos. M/CTE(\$)	
Ana María Blanco Alvarado	
NOMBRE CONTRATISTA ANA MARIA BLANCO ALVARADO DOCUMENTO 1 023 926 735	
Fecha:	31/05/2025
	
ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO	



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

22/04/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANA MARIA BLANCO ALVARADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023926735**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	480900108980
Fecha de apertura	13/06/2024

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANA MARIA BLANCO ALVARADO identificado(a) con C.C No. 1.023.926.735, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de abril del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías