

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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 E.S.E.		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		STEFFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO								397460		
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		1001200514						
CORREO		3118493260		CELULAR		rodriguezdayanna123@gmail						
PROCESO:		Financiera										
SERVICIO:		Financiera		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: 6209-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	878	FECHA	26/06/2025	NÚMERO DE CRP: 1	33288	FECHA	02/07/2025			
NÚMERO DE CDP: 2	1144	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 2	39971	FECHA	31/08/2025			
NÚMERO DE CDP: 3	1321	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 3	47020	FECHA	29/09/2025			
NÚMERO DE CDP: 4	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 4	null	FECHA	null			
OBJETO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO III										
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				03	07	2025		31	07	2025
TIPO SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%				0		
VALOR MES		2,208,378		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:	8,572,306
VALOR EJECUTADO:	8,572,306
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,065,902
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	174
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	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
762092025	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	
INICIO DE CONTRATO 03/07/2025						
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,

ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Steffannia Rodriguez
STEFFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO
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.		VERSIÓN: 4		
	GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA : 1 DE 1		
			FECHA: 07/11/2024		

ÁREA Y/O SERVICIO: ADMISIONES / AUTORIZACIONES				UNIDAD:		SIMON BOLIVAR		
No. DE CONTRATO: 6209-2025		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO			3	07	2025	31	7	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ESTEFANNIE DAYANNA RODRIGUEZ FORERO		DOCUMENTO:1001200514						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO III 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. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2. Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3. Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación. 4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5. Ingreso de información confiable al Sistema de información.
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.	Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos dentro del proceso de la facturación que afecten las finanzas de la Institución 2. Brindar una atención calida, respetuosa y enmarcada en la humanización de nuestro proceso 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4. Ingreso y registro de información confiable al sistema de información
3. verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos (Adres, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros.	Se realiza la verificación de derechos a los usuarios en los diferentes aplicativos
4. Realizar impresión y/o captura de estos soportes, definir pagador por prestación de servicios de salud en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred.	Se realiza impresion y/o captura de soportes para definir pagador por prestacion de servicios de salud para los servicios de atencion
5. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y realizar la solicitud de Autorizaciones a las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en aplicativo correspondiente	Se realiza la admision del paciente y se solicita autorizacion a las respectivas Entidades responsables de pago
6. Revisar y hacer seguimiento al censo diario con el fin de establecer la cantidad de pacientes por servicio y su línea de pago.	Se verifica el censo diario a la cantidad de pacientes y servicio establecido
7. Verificar la autorización, reporte y envió de anexo para solicitar prórrogas de hospitalización	Se verifica autorizacion, reporte de anexo para prorrogas hospitalarias
8. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, identificación o documentación de los	Se reporta a trabajo social los pacientes que se encuentran como particulares, suspendidos o con alguna inconsistencia
9. Notificar a las diferentes Empresas Administradoras de planes de Beneficios, las atenciones iniciales de urgencias, por vía telefónica, página	Se notifica la atencion inicial de urgencias a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios via telefonica, página Web y por correo electronico con anexo técnico 2
10. Realizar seguimiento al tiempo de estancia en observación y realizar reporte a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios, pasadas	Se notifica la hospitalizacion a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios via telefonica, página Web y por correo electronico con anexo técnico 3
11. Reportar a las diferentes Entidades Responsables de Pago las prórrogas de hospitalización con anexo técnico No.3 y registrar la gestión realizada en los formatos establecidos por la institución	Se notifica la hospitalizacion a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios via telefonica, página Web y por correo electronico con anexo técnico 3
12. Escanear los soportes donde se evidencia la gestión realizada para la consecución de autorizaciones, guardando los soportes respectivos	Se escanea los soportes donde se evidencia gestion realizada para las autorizaciones
13. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS	Las demas actividades consignadas en el contrato por OPS

TOTAL A PAGAR : (\$2,065,902) DOS MILLONES SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DOS PESOS M/CTE	
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC 1001200514	 Fecha : 31/07/2025 ERIKA PAOLA ROJAS URREGO Firma de recibido supervisor:directora financiera

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.