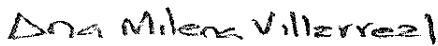

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CODIGO: AP-L1-F-30				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION CONTRACTUAL						VERSION: 4				
							PAGINA: 1 DE 1				
						FECHA: 07/11/2024					
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE URGENCIAS						UNIDAD:		SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO: 8416-2025			PERIODO CERTIFICADO			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO						1	01	2026	31	01	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANA MILENA VILLARREAL CARDENAS			DOCUMENTO: 40188329								
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD-ENFERMERO (A) HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo con las necesidades de la institución											
TOTAL, DE EJECUCIÓN (%): 216 horas											
OBLIGACIONES ESPECIFICAS						ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución						Cumpló con los estándares establecidos por la institución en el servicio de Urgencias, atención en tiempos establecidos, pacientes asignados, traslado de los mismos en los turnos, realizando 16 recibo, 16 entregas de turno en el servicio de urgencias en la noche y realizando 4 entregas de turnos en la tarde y 4 entregas en la tarde en el servicio de urgencias					
2. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivo institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros d enfermería, Distribución del personal en el servicio y asignación d actividades, elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado d los pacientes a cargo.						Realice recibo y entrega de turno cumpliendo con los protocolos y manual de funciones contratado					
3. Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos.						Realice turnos y en cada uno de ellos se revisó y envió a farmacias las ordenes de medicamentos, hay registro de estos en el sistema.					
4. Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva						Tramite en los turnos realizados el trámite pertinente y necesario en pro del beneficio del paciente y la institución ante el área administrativo					
5. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formato protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen						Realice turnos y en cada uno de ellos se revisó y envió a farmacias las ordenes de medicamentos, o devoluciones de los mismos hay registro de estos en el sistema.					
6. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.						Asistí a cada una de las capacitaciones y actividades programadas dejando registro de estas.					
7. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.						Cumplí con los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades contratadas en los turnos.					
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.						Brinde información a los usuarios y sus familias educando tratamiento ordenado, riesgos de caída, interacción de medicamentos buscando su tranquilidad en cada uno de los turnos					
9. Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.						Aplique en cada uno de los turnos las políticas, guías, manuales establecidos para ofrecer un trato digno y respetuoso a cada usuario del servicio					
10. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.						Durante cada uno de los turnos me adhiri a las indicaciones del manual de bioseguridad.					
11. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.						Realice las respectivas notificaciones que aplican a mis funciones					
12. 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.						Realice los traslados y seguimiento de ordenes en cada uno de los turnos realizados					
13. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente						Realice cada una de las capacitaciones virtuales y/o presencial programada por la institución.					
14. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia al proceso, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.						Realice las evaluaciones programadas por la institución.					
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (Cuatro millones quinientos treinta y seis mil pesos M/CTE) \$4 536.000											
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ANA MILENA VILLARREAL CARDENAS CC 40188329 de Villavicencio						Fecha: 31/01/2026  Firma de recibido supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40188329	VILLARREAL CARDEÑAS ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 69 D 1-10 SUR C.JORTAL-AMERICA	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8066508	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Salud	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Valor
2025-12	93270843	9497496135	2026/01/09	2026/01/05 BANCO DE OCCIDENTE	\$468,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
					IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	
	Sucursal Principal (1 Afiliados)					\$1,512,100	\$242,000		\$1,512,100	\$189,100		\$0	\$36,900		\$1,512,100	\$36,900		\$0	\$0	
	Centro de Trabajo: PREINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,512,100	\$242,000		\$1,512,100	\$189,100		\$0	\$36,900		\$1,512,100	\$36,900		\$0	\$0	
	Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,512,100	\$242,000		\$1,512,100	\$189,100		\$0	\$36,900		\$1,512,100	\$36,900		\$0	\$0	
1	CC 40188329	VILLARREAL ANA	230301	30		\$242,000	EF5008	30	\$1,512,100	\$189,100		\$0	\$36,900	0	\$1,512,100	\$36,900	0	\$0	\$0	
Total	Afiliados(1)					\$1,512,100	\$242,000		\$1,512,100	\$189,100		\$0	\$36,900		\$1,512,100	\$36,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado.SENA e ICBF	
Identificación	dv	VILLARREAL CARDENAS ANA MILENA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CARRERA 69 D 1-10 SUR CIORTAL AMERICA		BOGOTA-BOGOTA D.E.		8066508		No	
CC-40188329															

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Periodo	Salud	9497496135		I		2026/01/09		2026/01/05		\$468,000	
Pensión	2025-12										
		93270843						BANCO DE OCCIDENTE			

RESUMEN DE PAGO		CODIGO		NIT		DV		AFILIADOS		VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)		230301		800,224,808		8		1		\$242,000		\$0		\$0		\$242,000	
PORVENIR								1		\$242,000		\$0		\$0		\$242,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)		14-11		890,903,790		5		1		\$36,900		\$0		\$0		\$36,900	
ARL SURA								1		\$36,900		\$0		\$0		\$36,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)		EP5008		860,066,942		7		1		\$189,100		\$0		\$0		\$189,100	
COMPENSAR								1		\$189,100		\$0		\$0		\$189,100	
TOTAL								1		\$468,000		\$0		\$0		\$468,000	