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:	BRICEÑO RODRIGUEZ DIANA PAOLA		59986
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1020767532
CORREO	dianisp22@gmail.com	CELULAR	null
PROCESO:	Terapias		
SERVICIO:	Terapias	UNIDAD:	Simon Bolivar

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	459200041794		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0618-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	235	FECHA	30/01/2020	NÚMERO DE CRP: 1	10427	FECHA	01/02/2020

OBJETO: PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	02	2020		29	02	2020

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,167,720	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

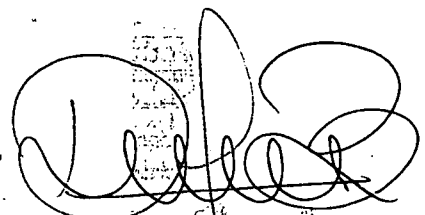
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	8,335,440
VALOR EJECUTADO:	3,581,152
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,581,152
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	276
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	232
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	4,754,288
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	42.96 %

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 $1.953.104, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9402541574	166,800	213,400	3	32,500	0	412,700
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



ROSSY YANETH PEÑA GARCIA	BRICEÑO RODRIGUEZ DIANA PAOLA
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.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: Servicios complementarios — UNIDAD: USS

No. DE CONTRATO: 618	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1020767532		1	02	2020	29	2	2020

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Diana Paola Briceño Rodriguez

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTACION DE SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NX NO

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	100%	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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	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, Auditoria 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 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.	100%	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.	2.Desarrolla las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Proporciona trato digno y humanizado a los usuarios, Contribuye con medidas para una atencion clinica excelente y segura, Brinda Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
3. Revisión de Historia Clínica	100%	3.Revisión de Historia Clínica	3.Si, previa valoracion e intervencion
4. Evaluación y valoracion individual de pacientes en Terapia Física en consulta externa, urgencais y/o hospitalizados que requieran su intervención.	100%	4. Evaluación y valoracion individual de pacientes en Terapia Física en consulta externa, urgencais y/o hospitalizados que requieran su intervención	4.Se realizaron evaluaciones quedando registro en historia clínica de paciente hospitalizado. Valoraciones: 23
5.Realización de plan de tratamiento para pacientes con orden de terapia física en consulta externa y/o hospitalizados	100%	5. Realización de plan de tratamiento para pacientes con orden de terapia física en consulta externa y/o hospitalizados	5.Se plantean objetivos de tratamiento quedando registro en historia clínica de paciente hospitalizado:23
6.Elaboración de planes caseros en los pacientes que así lo requieran y educación al paciente, familia o cuidador.	100%	6.Elaboración de planes caseros en los pacientes que así lo requieran y educación al paciente, familia o cuidador.	6.Se realiza educación a pacientes y familiares quedando registro en historia clínica
7.Participar activamente en las Juntas Interdisciplinarias y Reuniones de Equipo	100%	7.Participar activamente en las Juntas Interdisciplinarias y Reuniones de Equipo	7.Queda registro en actas e informes. Si
8. Conocer, aplicar y cumplir la documentación y procedimientos del proceso de Gestión Científica y de Rehabilitación (Diligenciamiento de formatos y registros: evolución, RIPS, entre otros).	100%	8.Conocer, aplicar y cumplir la documentación y procedimientos del proceso de Gestión Científica y de Rehabilitación (Diligenciamiento de formatos y registros: evolución, RIPS, entre otros).	8.Se realizan registros oportunos. Si
9.Cumplir con todas las actividades que permitan realizar el seguimiento al funcionamiento del servicio: Entrega el primer dia hábil del siguiente mes el informe de producción con sus respectivos soportes, cumplimiento en los horarios de atención en hospitalizacion y urgencais. Cumplimiento y registro de formatos que aporten información necesaria para el seguimiento y reporte de eventos de seguridad.	100%	9.Entrega el primer día hábil del siguiente mes el informe de producción con sus respectivos soportes, cumplimiento en los horarios de atención por agenda de hospitalizacion y urgencias. Diligenciamiento y registro de formatos que aporten información necesaria para el seguimiento y reporte de eventos de seguridad.	9.Se lleva registro de pacientes atendidos para entrega el primer dia hablil del mes siguiente. Si

TOTAL A PAGAR : ($) 3,581,152 TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE

Diana Paola Briceño Rodriguez
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC. 1020767532

Fecha : 29 / 02 / 2020

Firma de recibido supervisor: _____

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020767532		BRICEÑO RODRIGUEZ DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 49 NO 181-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7952604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	04443225	9402541574	I	2020/02/10	2020/02/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$412,700

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
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,333,680	$213,400			$1,333,680	$166,800			$0	$0			$1,333,680	$32,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,333,680	$213,400			$1,333,680	$166,800			$0	$0			$1,333,680	$32,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,333,680	$213,400			$1,333,680	$166,800			$0	$0			$1,333,680	$32,500		$0	$0
1	CC 1020767532	BRICEÑO DIANA	230201	30	$1,333,680	$213,400	EPS017	30	$1,333,680	$166,800		0	$0	$0	14-11	30	$1,333,680	$32,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,333,680	$213,400			$1,333,680	$166,800			$0	$0			$1,333,680	$32,500		$0	$0

2020/02/06 09:42 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020767532		BRICEÑO RODRIGUEZ DIANA PAOLA.. "	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 49 NO 181-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7952604	No

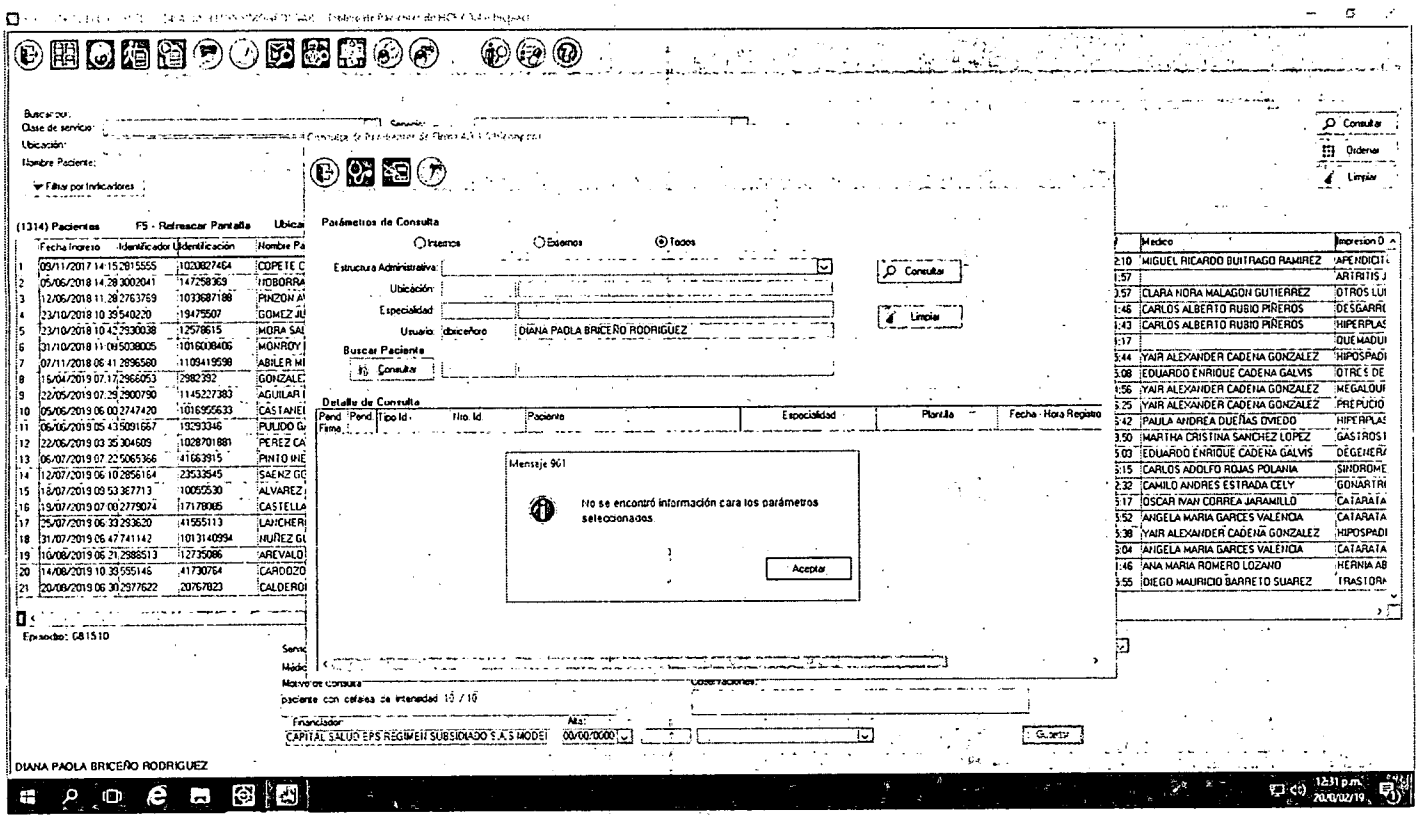
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	04443225	9402541574	I	2020/02/10	2020/02/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$412,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,400	$0	$0	$213,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$213,400	$0	$0	$213,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,500	$0	$0	$32,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$32,500	$0	$0	$32,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$166,800	$0	$0	$166,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$166,800	$0	$0	$166,800
TOTAL				1	$412,700	$0	$0	$412,700

2020/02/06 09:42 AM


Parámetros de Consulta
Internos
Externos
Todos
Estructura Administrativa:
Ubicación:
Especialidad:
Usuario:
dbriceñoro
DIANA PAOLA BRICEÑO RODRIGUEZ
Buscar Paciente
Consultar
Limpiar
Detalle de Consulta
Pend Firma
Pend
Tipo Id
Nro. Id
Paciente
Especialidad
Plantilla
Fecha - Hora Registro
Mensaje 901
No se encontró información para los parámetros seleccionados.
Aceptar
(1314) Pacientes
F5 - Refrescar Pantalla
Fecha Ingreso
Identificador
Identificación
Nombre Pa
Médico
Impresion D
MIGUEL RICARDO BUITRAGO RAMIREZ
CLARA NORA MALAGON GUTIERREZ
CARLOS ALBERTO RUBIO PIÑEROS
YAIR ALEXANDER CADENA GONZALEZ
EDUARDO ENRIQUE CADENA GALVIS
PAULA ANDREA DUEÑAS OVIEDO
MARTHA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ
CARLOS ADOLFO ROJAS POLANIA
CAMILO ANDRES ESTRADA CELY
OSCAR IVAN CORREA JARAMILLO
ANGELA MARIA GARCES VALENCIA
DIEGO MAURICIO BARRETO SUAREZ
Episodio: 681510
Motivo de consulta
paciente con cefalea de intensidad 10 / 10
Observaciones:
Financiador
CAPITAL SALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S MODEL
00/00/0000
Guardar
DIANA PAOLA BRICEÑO RODRIGUEZ
12:31 p.m.
2020/02/19