| 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: | DIAZ HERNANDEZ ERIKA NATALIA | | 52920 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1026583659 |
| CORREO | null | CELULAR | null |
| PROCESO: | Medicina Interna | | |
| SERVICIO | Medicina Interna | UNIDAD: | Engativa |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 7 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 0552170219 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1266-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 235 | FECHA | 30/01/2020 | NÚMERO DE CRP: 1 | 9641 | FECHA | 01/02/2020 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| 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 | 1,585,836 | 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: | 3,171,672 |
| VALOR EJECUTADO: | 1,585,836 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,585,836 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 1,585,836 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 50.00 % |

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 $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1026609806 | 109,800 | 140,500 | 3 | 21,400 | 17,600 | 289,300 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

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

| CLARA YOLANDA PRADA GIL | DIAZ HERNANDEZ ERIKA NATALIA |
|---|---|
| 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-S0-02 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 2 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 30/10/2018 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | UNIDAD: | | UMHES ENGATIVA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 1266 - 2020 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: 1026583659 | | 1 | 02 | 2020 | 29 | 02 | 2020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: ERIKA NATALIA DIAZ HERNANDEZ | | | | | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___X 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% | Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE | Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE |
| 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% | Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA. | Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA. |
| 3.Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales | 100% | Se realizan en el mes de 24/24 de recibos y entrega de turno de enfermería en el servicio de hospitalizacion. | Número de recibo y entrega de turno completamente diligenciado, 24/24 fechas nombres y apellidos de quien entrega y recibe |
| 4. Cumplimiento manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás | 100% | Realizar el proceso de limpieza y desinfección terminal y rutinaria de su area asignada | Se realizaron 2 procesos de limpieza y desinfección terminal y 24 rutinarias.<br>La adherencia a higieización y lavado de manos en el mes febrero fue de 900<br>Se trabajo con 15 aislamientos en el servicio hospitalizacion |
| 5.Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional | 100% | Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas | Asití a 0 capacitaciones y se corrobora firma en listado de asistencia |
| 6. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | 100% | Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen | Presento 0 informes, solicitudes y peticiones entregados a referencia. |
| 7. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio. Cumplir Adherencia a instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio | 100% | Cumplimiento de procesos de atención hospitalario | 100 % cumplimiento listas de chequeo |
| 8. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 | 100% | Realizar el registro clinico de la totalidad de los ítems que asi lo requiera la historia clinica sistematizada (SERVINTE) en el 100% de los pacientes a cargo: 100 % de cumplimiento | Presento 100 % pantallazo del completo diligenciamiento de los registros clínicos como profesional de enfermería<br>Auditoria de historias clinicas de manera aleatoria, verificando el cumplimiento, pantallazo de no firmas pendiente |
| 9. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. | 100% | Informar al usuario y su familia, consignando en la historia clínca lo notificado al paciente y/o acompañante | Indicador: Numero de quejas, peticiones y reclamos. 0 |
| TOTAL DE EJECUCIÓN: | 100% | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1585836 Un millon quinientos ochenta y cinco mil ochocientos treinta y seis pesos

Natalia Diaz.

ERIKA NATALIA DIAZ HERNANDEZ 1026583659
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:

Fecha: 29 / 02 / 2020

Firma de recibido supervisor: DRA. CLARA YOLANDA PRADA GIL

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

# contrato 1266
# horas 186

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-02-11, 01:03:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1026609806

**Periodo Cotización:** enero de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8812196060

**PAGADO 11/02/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ERIKA NATALIA DIAZ HERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC1026583659 | **Dirección** | CARRERA 1 ESTE N 49A 70 SUR DIANA TURBAY |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3118926387 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET F | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1026583659 | ERIKA NATALIA DIAZ HERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 2,436 | $ 877.803 | $ 21.400 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 877.803 | $ 17.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 289.300 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 17.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 289.300 | $ 0 | $ 289.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

5292