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

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIAZ NURY PAOLA				58295
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula		No.	1022937212	
CORREO	Paopao8709@gmail.com		CELULAR	3503444839	
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios				
SERVICIO:	Ambulancias y/o [illegible]		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	28	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4870371269		

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0311-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	235	FECHA	30/01/2020	NÚMERO DE CRP: 1	8620	FECHA	01/02/2020

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

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	1,727,196	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.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	3,454,392
VALOR EJECUTADO:	2,061,492
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,061,492
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	222
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,392,900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	59.68 %

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	DIAS	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
8340142134	109,800	140,500	5	0	17,700	268,000
	0	0		0	0	

Ok + 36 horas realizadas como adicionales

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

ROSSY YANETH PEÑA GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIAZ NURY PAOLA
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 2**
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: **AMBULANCIAS APH - CONVENIO 870121**		UNIDAD:		**USS Calle 80**		
No. DE CONTRATO: **0311-2020**	Periodo certificado:	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO: **1022937212**		**01/02/2020**			**29/02/2020**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **DIAZ NURY PAOLA**							

OBJETO DEL CONTRATO: **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH O TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA**

El resultado del cumplimiento del contrato es: Producto: SI ___ NO ___ Servicios: SI **X** NO ___

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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%	Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo se garantizo su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable.	Registro en bitácoras y/o actas
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 Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarroilo de las responsabilidades asignadas.	100%	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.	Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional.
1). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. 2). Participar en la actualización documental del servicio. 3). Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia...)	100%	Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial	Libro de novedades ambulacia
4). Realización de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5). Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos por indicación del médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 6). Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Norte sin que estas superen las 12 horas continuas.	100%	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
7). Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E. 8). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivad en la atención Pre Hospitalaria.	100%	Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
10). Informe y registro oportuno de datos criticos. 11). Reporte y registro de sucesos de seguridad. 12). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	100%	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las gías y protocolos	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
13). Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. 14).Cumplir con las disposiciones respectivas de	100%	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizadas garantizando la seguridad y privacidad de los pacientes	registro de historia clínica y aplicativo C_APH

seguridad del paciente. confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.			
16). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17). Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 18). Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20. Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin.	100%	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizadas aplicando las políticas de calidad garantizando la seguridad y privacidad de los pacientes. se asiste a las reuniones y capacitaciones programadas	registro de historia clinica y aplicativo C_APH. listados de asistencia
19). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones. 20). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos de el SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. 21). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 22). Velar por que las áreas donde son desarrolladas las actividades permanescan en las condiciones de higiene y presentación, optimas para la prestación del servicio.	100%	Todas las valoraciones y/o traslados realizados fueron registrados en la plataforma C_APH. se asiste a realizar descargos según disposición y/o citación del área administrativa ante las posibles quejas y/o solicitudes de los usuarios	registro de historia clinica y aplicativo C_APH. listados de asistencia
23). Registro adecuado y oportuno de kardex , elaboración de inventario y pedido de insumos. 24). Verificación pre operacional del equipamiento biomedico y equipos de apoyo diagnostico. 25). Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E.	100%	Se alimento el formato establecido para dar seguimiento a los insumos	Formato seguimiento a rotación de insumos y medicamentos En ambulancia
TOTAL DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES: Ok + 36 horas realizadas como adicionales

Total a pagar (número y letras): **($2.061.492) DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS 00MCT**

DIAZ NURY PAOLA
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
C.C: 1022937212

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.

311-20

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	NURY PAOLA DIAZ
No. Identificación:	CC1022937212
Dirección:	CALLE 71 A SUR # 17 G - 17
Telefono:	7151536
Correo:	nury.pao8709@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8340142134

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NURY PAOLA DIAZ
Tipo y número de identificación	CC1022937212
Número de planilla	8340142134
Fecha pago	2020-02-11
Número de autorización pago	22115523
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2020
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	259200
Total Intereses de Mora	1300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	141200	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensación Fliar	17700	1
EPS002	Salud Total EPS	110300	1

8340142134

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022937212
APELLIDOS Y NOMBRES: NURY PAOLA DIAZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	877803	877803	0	877803	109800	0	140500	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información