TRIBUNAL AMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E
Carrera 57 No. 43 – 91 Piso 1
Único correo electrónico: rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

TRASLADO DE PRUEBAS

RADICACIÓN: **11001-33-35-026-2021-00033-01**
MEDIO DE CONTROL: **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
DEMANDANTE: **LUZ ANDREA SILVA MARTÍNEZ**
DEMANDADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**

Teniendo en cuenta lo establecido en el auto de fecha 11 de marzo de 2024 que ordena correr traslado a las partes de las pruebas aportadas, se corre traslado por el término de tres (3) días en un lugar visible esta Secretaría de la Subsección E y en la página web de la Rama Judicial. www.ramajudicial.gov.co. De la respuesta allegada por la entidad oficiada. Igualmente se envía mensaje de datos a los correos electrónicos correspondientes.

EMPIEZA TRASLADO: **5 DE ABRIL DE 2024, a las 8:00 a.m.**
VENCE TRASLADO: **9 DE ABRIL DE 2024, a las 5:00 p.m.**

DEICY JOHANNA IMBACHI OME
Oficial Mayor
Subsección E

Elaboró: J.J.R.C.
Revisó: Deicy I.

Señor
Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Segunda – Subsección "E"
Magistrado ponente Ramiro Ignacio Dueñas Rugnon
E. S. D

RADICADO: 11001333502620210003301
DEMANDANTE: LUZ ANDREA SILVA MARTÍNEZ
DEMANDADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDNORTE E.S.E.
MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO

ASUNTO: RESPUESTA REQUERIMIENTO

JESSICA NATALY GONZÁLEZ FLOREZ, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en calidad de apoderada judicial de la entidad demandada **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**, me permito de manera muy respetuosa allegar copia del contrato No 1063 de 2017, 4553 de 2017, 1129 de 2018, 2631 de 2019.

Con relación al contrato 3362 de 2016 y 1591 de 2016, solicito plazo para allegar los referidos toda vez que no han sido ubicados.

NOTIFICACIONES

El suscrito las recibirá en la Calle 66 No. 15 – 41 en Bogotá o en la secretaría de su Despacho o por vía correo electrónica a la dirección defensasubrednorte05@gmail.com

Mi representada las recibirá en la Calle 66 No. 15 – 41, en Bogotá, cuya dirección electrónica será notificacionesjudiciales@subrednorte.gov.co.

Agradezco de antemano su atención.

Cordialmente,

JESSICA GONZALEZ FLOREZ
C. C. 1.014 245.502de Bogotá
T. P. 267.698 del C. S. J.
Apoderado

	LISTADO DE DOCUMENTOS	Código: Documento de Prueba	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACION	Versión: 0	

NOTA: RECIBA UN CORDIAL SALUDO DE LA SUBRED NORTE, ESPERAMOS PODER CONTAR CON SUS SERVICIOS PARA LO CUAL SE HACE NECESARIO QUE APORTE LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS, LEGAJAR LOS DOCUMENTOS EN ESTRICTO ORDEN.

1.CARPETA CARTON TAMAÑO OFICIO CON RESPECTIVO GANCHO LEGAJADOR **TOTALMENTE DE PLASTICO** sin MARCAR	V	
2. PROPUESTA DE SERVICIOS	V	
3. HOJA DE VIDA FORMATO WORD (computador)	V	
4. FOTO PARA CARNET FONDO AZUL	V	
5. HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA SE ENCUENTRA EN LA PAGINA (INTERNET) DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA OPCIÓN FORMATOS	V	
6. FORMATO DE DECLARACION DE BIENES Y RENTAS (ORIGINAL) SE ADQUIERE EN LA PAGINA DEL DEPARTAMENTO A DMINISTRATIVO D E LA FUNCION PÚBLICA OPCION FORMATOS .	V	
7.CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **PROCURADURÍA** GENERAL DE LA NACIÓN CON MÁXIMO 15 DIAS DE EXPEDIDO (Internet).	V	
8..CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **PERSONERÍA** DE BOGOTA CON MÁXIMO QUINCE DIAS DE EXPEDIDO (Cra. 7 # 21-24 Barrio los Nieves).	V	
9..CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL **CONTRALORÍA** GENERAL DE LA REPUBLICA CON MÁXIMO QUINCE DIAS DE EXPEDIDO (Internet).	V	
10. CERTIFICADO DE LA **POLICIA** NACIONAL DE COLOMBIA CON MÁXIMO QUINCE DIAS DE EXPEDIDO (Internet).	V	
11..FOTOCOPIA QUE CERTIFIQUE LA FORMACIÓN ACADEMICA DESDE EL BACHILLERATO HASTA LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y ESPECIALIDADES **(Diploma, acta de grado y/o formación especifica).**	V	
12..FOTOCOPIA DE LA **TARJETA PROFESIONAL , TARJETA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y RESOLUCION DEL RURAL (TODOS LOS MÉDICOS GENERALES, Y ESPECIALISTAS) , TARJETA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (TODOS LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS), RESOLUCIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA TODOS LOS COLABORADORES ASISTENCIALES, TARJETA- CERTIFICADO DE REGISTRO DEL RETHUS PARA TODOS LOS COLABORADORES ASISTENCIALES ,SOPORTE VITAL BÁSICO PARA AUX ASISTENCIALES Y ACLS PARA MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS**	V	
13. FOTOCOPIA DE LICENCIA DE CONDUCCIÓN LEGIBLE (CUANDO HAYA LUGAR)- CERTIFICACIÓN DEL SIMIT SIN COMPARENDOS PENDIENTES CUANDO HAYA LUGAR		
14. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA PARA LOS **ABOGADOS** O CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE LAJUNTA CENTRAL DE CONTADORES (NO EXPEDIDO CON UNA FECHA DE ANTELACION A LOS 3 MESES)		
15. • **VACUNADORES:** CERTIFICADOS DE COMPETENCIAS DE VACUNACIÓN • **ODONTÓLOGOS:** CARNET DE RADIO-PROTECCIÓN EMITIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD • **PROFESIONAL DE UCI ADICIONALES MÉDICOS ESPECIALISTAS:** CERTIFICADO DE CURSO ACLS-BCLS NO SUPERIOR A DOS AÑOS CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN • **PROFESIONAL DE UCI ADICIONALES MÉDICO HOSPITALARIO UCI** CERTIFICADO EN FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y ACLS-BLS • **ENFERMERA JEFE UCI:** CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR A DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS O CERTIFICAR EPXERIENCIA EN UCI MAYOS A DOS AÑOS • **AUXILIAR DE ENFERMERÍA UCI** **CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR DE DOS AÑOS** **CERTIFICADO EN FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE INTESIVO ADULTOS O CERTIFICAR EXPERIENCIA EN UCI MAYOR DE DOS AÑOS** • **TERAPEUTA RESPIRATORIA UCI**		

	LISTADO DE DOCUMENTOS	Código: Documento de Prueba	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACION	Versión: 0	

CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR A DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS A EXCEPCION DE LOS TERAPEUTAS ESPECIALISTA EN MEDICINA CRITICA O CERTIFICAR EXPERIENCIA EN UCI MAYOR A DOS AÑOS • **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA** ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS • **ESPECIALISTA EN ANESTESIA** ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS • **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA** ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS		
16.CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL (VIGENTE)		
17. TITULACIÓN DE HEPATITIS B PARA TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL		
18. CERTIFICADO DE EXPERIENCIA DE LA ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR (**CERTIFICACIÓN LABORAL**) CON MÁXIMO UN AÑO DE EXPEDICIÓN		
19.. FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA.FOTOCOPIA DE LA CÉDULA AMPLIADA AL 150%		
20. .FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR OBLIGATORIA PARA MENORES DE 50 AÑOS		
21. CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A PENSION y SALUD COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE (**NO SE RECIBE PLANILLA DE PAGO** SI ESTA AFILIADO COMO DEPENDIENTE DEBE PRESENTAR EL **FORMULARIO DE AFILIACION COMO INDEPENDIENTE DEBIDAMENTE RADICADO**		
(Si es pensionado autoliquidación salud)		
22. CERTIFICACION DE CUENTA BANCO DAVIVIENDA.(**Si no tiene cuenta se le entregará una orden de apertura de nómina).**		
23..RUT Y RIT TAMAÑO COMPLETO DE HOJA CARTA **OBLIGATORIAMENTE** EXPEDIDO DEL AÑO 2013 HASTA LA FECHA		
24. TITULACION DE HEPATITITS B PARA TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL		
25. POLIZA **DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (Sólo para médicos). Se solicita cobertura de 100 SMLV para médico General, 200 SMLV para médico especialista.**		
NOTA: NO SE DARA INICIO A NINGUN CONTRATO MIENTRAS LA DOCUMENTACIÓN NO SE ENCUENTRE AL DIA		

Bogotá D.C

Diciembre 2016

Señores:

Subred Integrada de Servicios Norte E.S.E

Me presento con ustedes para informar que mi nombre es LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ idientificada con numero de documento cedùla 52'786.667 de BOGOTA., manifestando que mi profesión es AUXILIAR DE ENFERMERIA . me desempeño en el Hopital de Suba.

Firma:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
cc: 52'786.667 BTA.

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

CARRERA 92 No. 80 C - 71
TEL 6040141
CELULAR 3123846477

PERFIL PROFESIONAL

Manejo y aplicación de competencias, donde se puedan aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación de educación superior y los adquiridos en la universidad dentro de mi carrera.

FORTALEZAS LABORALES

Honestidad, capacidad de servicio, responsabilidad, dinámica de actualización, manejo de situaciones en la vida cotidiana, compromiso, trabajo cooperativo, dedicación, exigencia, idoneidad, calidez, amabilidad, respeto y colaboración fomentando liderazgo.

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

FORMACIÓN PROFESIONAL

TECNIDENT
Auxiliar de Enfermería
Diciembre 2000, Bogotá

EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL DE SUBA

Auxiliar de Enfermeria *(hospitalización Ginecología y hospitalización Cirugía)*

11 de noviembre de 2014- junio de 2016

REFERENCIAS LABORALES

Lucero Sandoval Zamora
Enfermera Especializada (Jefe Inmediata)
Cel: 3203535858

A QUIEN INTERESE

CERTIFICO:

Yo **LUCERO SANDOVAL ZAMORA**, identificada con la cédula de ciudadanía 40.372.071, en mi condición de Enfermera Especialista del Hospital de Suba, certifico que la señora **LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 52.786.667, durante el tiempo que se desempeñó como Auxiliar de Enfermería en el Hospital de Suba fue una persona cumplidora de sus funciones, diligente, integra, honesta, con compromiso y respetosa.

Dada en Bogotá, D.C., 18 de julio de 2016

LUCERO SANDOVAL ZAMORA
C.C. 40.372.071
Cel. 3203535858

A QUIEN INTERESE

CERTIFICO:

Yo **SILVIA LORENA RODRIGUEZ VARGAS**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.022.960.112, en mi condición de Médica Cirujana en Hospitalizaciones del Hospital de Suba, certifico que la señora **LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 52.786.667, durante el tiempo que se desempeñó como Auxiliar de Enfermería en el Hospital de Suba fue una persona cumplidora de sus funciones, diligente, integra, honesta, con compromiso y respetosa.

Dada en Bogotá, D.C., 18 de julio de 2016

SILVIA LORENA RODRIGUEZ VARGAS
C.C. 1.022.960.112
Cel. 320414444

A QUIEN INTERESE

CERTIFICO:

Yo **PAULA DIAZ MONCADA**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.020.771.345, en mi condición de Jefe de Enfermería del Hospital de Suba, certifico que la señora **LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 52.786.667, durante el tiempo que se desempeñó como Auxiliar de Enfermería en el Hospital de Suba fue una persona cumplidora de sus funciones, diligente, integra, honesta, con compromiso y respetosa.

Dada en Bogotá, D.C., 18 de julio de 2016

PAULA DIAZ MONCADA
C.C. 1.020.771.345
Cel. 3105646758

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

REFERENCIAS PERSONALES

José Alfonso Silva Granados
Técnico Judicial
Cel. 3134437238

Mónica Silva Martínez
Independiente
Cel. 3144820881

Tania López
Docente
Cel.: 3134835658

Paula Díaz Moncada
Jefe Enfermería
Cel. 33105646758

Luz Andrea Silva Martinez

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

C.C 52.786.667 de Bogotá

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995, 489 Y 443 DE 1998)

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Todo aspirante a ocupar un cargo o empleo público, o a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración deberá presentar ante la unidad de personal de la correspondiente entidad, o ante la dependencia que haga sus veces, el formato único de hoja de vida debidamente diligenciado en el cual consignará la información completa que en ella se solicita.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la información solicitada en los apartes del formulario, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. DATOS PERSONALES:

Relacione sus apellidos y nombres tal como aparecen en su documento de identificación.
Escriba el número del documento de identificación: C.C.: Cédula de Ciudadanía; C.E.: Cédula de Extranjería; PAS: Pasaporte; No.: número.
Marque con una "X" su sexo: F: femenino; M: masculino.
Nacionalidad y país: marque su nacionalidad y relacione su país.
Libreta Militar: transcriba los datos de su libreta militar.
Diligencie los datos solicitados sobre su fecha, lugar de nacimiento y dirección de correspondencia.

2. FORMACIÓN ACADÉMICA:

Acorde con la descripción de las casillas del formulario, identifique, marque y relacione su nivel de educación.

Identifique en el cuadro del formulario los idiomas diferentes del español que habla, lee y escribe.

3. EXPERIENCIA LABORAL:

Relacione su experiencia laboral o de prestación de servicios diligenciando el formulario en estricto orden cronológico empezando por el más reciente o actual.

4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA:

De conformidad con el tipo de ocupación, señale en años y meses el tiempo total de su experiencia laboral.

5. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA:

Una vez diligenciado debidamente el formulario coloque en este recuadro la ciudad y fecha del y proceda a firmarlo. Recuerde que su firma se realiza bajo la gravedad del juramento.

6. OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS:

De uso exclusivo de la entidad:

Con la correspondiente firma, el jefe de recursos humanos y/o el de contratos certifican que la información aportada por quien diligenció y firmó el formulario fue constatada frente a los documentos presentados como soporte.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Silva	Martinez	Luz Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52786667

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 11 AÑO 1979

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Kra 92 H 86c-71

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota.

TELÉFONO: 3123846477 EMAIL: andrea1019silva@hotmail.com

2 FORMACION ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO 30-11-1996.
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1996.

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
	4	X		Auxiliar de Enfermeria	12	2000	10836.

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital De Suba.			Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
C	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6-40-40-40	DÍA 11 MES 11 AÑO 2014	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar De Enfermeria		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1 MES.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	1 MES.

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 12-12-2016

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 52'786.667 DTA. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA | Departamento CUNDINAMARCA | Municipio BOGOTA.

Dirección Krr 92 # 80C-71 | Teléfonos 3123846477 - 6040141

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANDRES felipe ROZO SILVA	1010014307	HIJO
NATALY ROZO SILVA	1031805282	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1'340.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	550.000 -
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA		008580257122	QUIROGA	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
RUBEN ALEXANDER ZOZO	C.C. X C.E. T.I.	80.030.606

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ	12-12-2016 BOGOTA.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DAFP-OAP

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 89040778

WEB
09:10:08

Bogotá DC, 09 de diciembre del 2016

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52786667:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1407641

Bogotá D.C., 9 de Diciembre de 2016 - 9:16 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ ANDREA SILVIA MARTINEZ**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

52786667

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 9 de diciembre de 2016, a las 9:39:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.786.667
Código de Verificación	537265792016

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 09/12/2016 a las 09:26:51 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52786667 y
Nombres: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Pedagógico Santander

Diurno

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución Nº 003256 del 17 de Octubre de 1.989,
Expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C.

Confiere a

Luz Andrea Silva Martínez

Identificado (a) con T.I. Nº 79115-07975 Expedida en Engativá - Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica según los planes y programas vigentes.

Rector (a)

Secretario (a)

Anotado en el Libro del Colegio Nº 1 Folio Nº 81-226

Nota: No se Requiere Registro Según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 30 de Noviembre de 1996

Gótica Alemana

Instituto Pedagógico Santander

Aprobación Oficial No. 003256 del 17 de Octubre de 1989
Los suscritos Rector y Secretaria del Instituto Pedagógico Santander

Certifican Que

Luz Andrea Silva Martínez

Identificado con T.I. No. 791115-07975 expedida en Engativa- Bogotá, D.C.

Curso y aprobó satisfactoriamente los programas correspondientes al

Bachillerato Comercial

Rector

Secretaria

Dado en Santafé de Bogotá a 30 de Noviembre de 1.9 96

Impresos Gotica Alemana

INSTITUTO PEDAGÓGICO SANTANDER

CARRERA 93 # 79-58 — DIRECCION
2241467 — TELEFONO

JORNADA DIURNA — INSCRIPCION S.E. 1805
INSCRIPCION DANE 311001111317

Acta de Grado

En la ciudad de SANTAFE DE BTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE del año 96
se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del INSTITUTO PEDAGOGICO SANTANDER

Institución aprobada hasta GRADO ONCE en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA D.C.

para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA
según resolución No. 003256 del 17 de OCTUBRE de 19 89
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO
al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA — T.791115-07975 ENGATIVA - BGTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 20 de fecha NOV 30 DE 1996
que consta de 250 alumnos que comienza con el nombre de ACERO MARTINEZ FRANK IBAR y cierra con el nombre de ZIPAMOCHA CAMARGO SANDRA LILIANA
Firmado y sellado por JOSE RAMON TORRES LADINO rector(a) y
ASTRID GOMEZ DE TORRES Secretario(a)

Dada en SANTAFE DE BOGOTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE de 1.99 6

Firmado y Sellado

Rector(a)

C.C. No. 3015113 DE FOMEQUE CUND

Secretario(a)

C.C. No. 41521088 BOGOTA

IMPRESOS GOTICA ALEMANA
TIP. GOTICA ALEMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

y en su nombre

TECNIDENT

AREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 6178 del día 1o. de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta que:

Luz Andrea Silva Martínez

Con C.C. No. 52.786.667 expedida en Santafé de Bogotá, D.C.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los 7 días del mes de Diciembre del 2000

Director General

Director Académico

Secretario

Registrado al Folio 32-1072 del libro de Certificados

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ

Resolución No 10836 *de* 05/12/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA Identificado(a) con CC número 52786667 expedida en SANATFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNIDENT el día 07/12/2000 y registrado en el libro 1072 Folio 32 año 2000
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA identificado(a) con CC número 52786667 expedida en SANATFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05/12/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios .

VTS

Bogotá, D.C 18-12-03
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) ANDREA SILVA MARTINEZ
CC. # 52'786.667
Firma ANDREA SILVA M.

BOGOTÁ PARA VIVIR

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 18-12-2003
SILVA MARTINEZ
LUZ ANDREA
CC 52786667
AUXILIAR DE ENFERMERIA
SALUD
Andrea Silva M.

Escuela de Auxiliares en Enfermería
E.S.A.E.
Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-101 de Noviembre 4 de 2010, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 97 del 5 Febrero de 2010, Min. De la Protección Social.

Certifica a:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

C.C. 52.786.667 de Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Intensidad 20 Horas

MARTHA AMAYA
Gerente

Bogotá D.C. Noviembre 07 de 2014

Av. 1 de Mayo No. 33-33

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Luz Andrea.

Apellidos: Silva Martinez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 52'786.667

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	06-04-05		
	2	04-05-05		Protegé
	3	05-10-05		
	4	06-03-07	H0512 Humein	
	5	21-04-07		
Contra Hepatitis B	1	06-04-05		
	2	04-05-05		
	3	01-06-05.		Protegé
	R	05-04-06		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	18-IV-07	DS15207 1012		Unisalud Clara Ramirez

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

INFORMACION GENERAL

EMPRESA Subred norte Sede Suba FECHA 09-12-2016

INGRESO [X] EGRESO [ ] PERIODICO [ ]

NOMBRE: Luz Andrea Silva Martinez CC 52786667

EDAD 37 SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR aux enfermería

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL [X]

OPTOMETRIA/VISIOMETRA [ ]

AUDIOMETRIA [ ]

ESPIROMETRIA [ ]

EXAMENES DE LABORATORIO [ ]

CUALES _____

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto :

APTO [X] MOTIVO _____

NO APTO [ ] MOTIVO _____

OBSERVACIONES _____

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI [ ] NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual _____

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACION POR MEDICINA OCUPACIONAL, CONTROL AUDIOMETRICO, USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA, CONTROL OPTOMETRICO PERIODICO, USO DE LENTES, CONTROL DE TENSION ARTERIAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA ,EJERCICIO), EVITAR POSTURAS PROLONGADAS, USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA.

Andrea Silva Martinez

FIRMA DEL PACIENTE

CC 52'786.667 D.C.

Dr. Eulices Ortiz Rodriguez
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RM. 1492

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

RM

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117
E- mail: globalservicemedicalgroup@gmail.com

S&A SERVICIOS
Y ASESORÍAS
Soluciones Temporales, relaciones duraderas

Bogotá, 28 de Junio de 2016

Señor(a):
Silva Martinez Luz Andrea
Cc52786667
Apreciado(a) colaborador(a),

Me permito informarle que el contrato de trabajo que suscribió por obra o labor con nuestra empresa en ejecución de los servicios propios, se dará por terminado a partir de la última hora laborable del día **30 de Junio de 2016.**

Para efectos de hacer efectiva su liquidación, le informamos que usted debe hacer devolución del carnet de la empresa, y de los demás implementos que se le hayan entregado con ocasión a la labor ejecutada, y realizar el trámite respectivo para que le sea expedido el correspondiente paz y salvo.

El pago de sus prestaciones sociales se hará en la cuenta de nómina, donde se venían consignando sus salarios; para que le sea practicado el examen de retiro debe presentarse en la carrera 6 N° 46 – 23, para solicitar la autorización correspondiente.

Causa de retiro: **Terminación de obra o labor.**

Su liquidación la puede confirmar en la página de la empresa.

Cordialmente,

ROSALBA GIL ACEVEDO
REPRESENTANTE LEGAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.786.667
SILVA MARTINEZ
APELLIDOS
LUZ ANDREA
NOMBRES

Andrea Silva Martinez
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-ENE-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209538-F-0052786667-20100118 0020062796A 1 1270603160

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

2016/12/09

BOGOTA
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
con Cédula de Ciudadanía número 52786667
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008580257122
Fecha Apertura 2014/11/05

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
0085 - OFICINA QUIRIGUA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 Rev. IV - 06

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 08-08-2016
Hora: 2:16:16 PM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52786667-4 LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Información General

Dirección KR 92 80C 71 BR. QUIRIGUA

Teléfonos 3123846477

Dirección electrónica ANDREA1019SILVA@HOTMAIL.COM

Fax 6040141

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2016

Soporte Inscripción 22427670

Fecha Inicio Actividades 04/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001030064

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente ICA TE TOCA

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

52786667

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52786667, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14384376496

(415)7707212489984(8020) 000001438437649 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5278666 7	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52786667	19980114

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SILVA	MARTINEZ	LUZ	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 92 80 C 71 BRR QUIRIGUA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andrea1019silva@hotmail.com		3123846477	6040141

CLASIFICACION

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	20140304						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	1	2																

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros										
54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores	
55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 20160808

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: SALCEDO BARRIOS ALVARO FIDEL
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 08-08-2016 01:57:17PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

CARNE AFILIADO PÓS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR: CC 52786667

CATEGORÍA: A

DATOS DEL AFILIADO: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA CC 52786667

TIPO DE AFILIADO: Cotizante

IPS PRIMARIA: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

DISCAPACIDAD:

URGENCIAS HASTA: *******

FECHA AFILIACIÓN: 31/12/2014

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE VASQUEZ

12133977

Nombre	SILVA LUZ ANDREA		
Identificacion	CC 52786667	Tel.	
Edad	37 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	643647		

Fecha de recepcion:	13-Dec-2016 3:39 pm
Fecha de impresion:	14-Dec-2016 8:06 am
Empresa	BLANDON SCHILLER MERCY DRA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	13-Dec-2016 6:20:00p.m.

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MENOR DE 5.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

LUISA FERNANDA VASQUEZ CHAVES
CC 1,019,096,252
BACTERIOLOGA

DIANA CAROLINA OBANDO HERNANDEZ
CC 52,929,259
BACTERIOLOGA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 0 6 1 1 0 1 9 *

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SILVA	MARTINEZ	LUZ	ANDREA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52796667	Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
					PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Celular
687500	Kra 92 # 80C - 71	GOACHI	3123846497

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Localidad / Comuna	Departamento
andrea30191silva@gmail.com				

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CAFAM	
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ			

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Kra 92 # 80C - 71	3123846497	andreajolasilva@gmail.com	FONDO	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [1] Total [1]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, acta de conciliación o sentencia judicial que declare
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario en el caso de oficio.

DAS16614

Famisanar

22 SEP 2016

CANSITOR INTEGRAL

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		COMO INDEPENDIENTE.

Vigilado Supersalud

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con CC 52786667 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**31/12/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 días del mes de Diciembre del año 2016.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

MARTHA LUCIA BARBOSA OJEDA
CONSULTOR INTEGRAL SENIOR
EPS FAMISANAR LTDA.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO	CODIGO : AJ-F-05-02
		VERSION : 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA: 1 DE 2
		FECHA : 08/11/2016

FECHA DE SOLICITUD: 29/12/2016	**ÁREA: PROCEDIMIENTOS Y ATENCION GINECOBSTETRICA**

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.
3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
5. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
6. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
7. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
8.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%,
9. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.
10. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
11. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
12. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
13. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional
14. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.

JUSTIFICACIÓN

Se requiere la contratación de AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DEL PERSONAL

Una vez verificada la disponibilidad de personal de planta para atender la solicitud presentada por NESTOR AUGUSTO GIRALDO, de conformidad con la anterior verificación se certifica que no existe personal suficiente en la planta de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la actividad de ENFERMERA.

Vo. Bo. JEFE TALENTO HUMANO.

PERFIL REQUERIDO

Título Técnico Auxiliar de enfermería otorgado por institución reconocida oficialmente por el Gobierno Colombiano (Diploma y Acta de Grado).
Tarjeta de inscripción en la Secretaria Distrital de Salud
Curso soporte vital básico
Experiencia: Un (1) año

VIGILADO Supersalud

Silva Martinez Luz Andrea cc 52786672

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO**	CODIGO : AJ-F-05-02
		VERSION : 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA: 2 DE 2
		FECHA : 08/11/2016

CONDICIONES DEL CONTRATO Prestar servicios de salud en los servicios de hospitalización, quirófanos y urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Subo	
Contratista: Cedula de Ciudadanía: Valor Mensual: **$1,558,112** Valor hora: **$8,468** Supervisor: **NESTOR AUGUSTO GIRALDO** Plazo de Ejecución: **3 MESES**	
FIRMA	**FIRMA**
Nestor Giraldo **REFERENTE DEL ÁREA:**	Vo. Bo. Subgerente (de Salud o Adm. y financiero)
REVISO:	**RECIBO OFICINA CONTRATACIÓN:** **FIRMA :** **FECHA:**
GERENTE AUTORIZA CONTRATACION	

VIGILADO Supersalud

36

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 1 De 2017

CRP. N°: 689

COPIA

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA :

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DELPRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2017 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO DEL RUBRO.....: 10000132103000000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210305O1
NOMBRE DEL RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 1 -

LA SUMA INICIAL DE: 4,674,336.00
CON UN REINTEGRO DE: 0.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE: 4,674,336.00

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AUXILIAR DE ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 1063-17
A NOMBRE DE: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC. o NIT: 52786687-4
OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA A LOS 1 DIAS DEL MES DE Enero DE 2017

.....
NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 1 De 2017 CDP. No. 1

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA: COPIA

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 10000132103000000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	36,571,448,000.00
SALDO DE APROPIACION :	36,571,448,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
OPS SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES PARA SUBRED NORTE ESE

: UN VALOR INICIAL DE :	21,000,000,000.00
ON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
RA UN VALOR ACTUAL DE :	21,000,000,000.00

VEINTIUN MIL MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

OBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
ISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: .00
OS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
ISPONIBILIDAD NETA : 15,571,448,000.00

STA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

STOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
SPONSABLE DEL PRESUPUESTO

DPtx Fec-Imp: 2017/01/18 Hor-Imp: 15:55:10 Usu-Imp: jrodriguez Ter: AAAA/MM: 2017-01 Dep: T01 cppedi 7.1.3

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL	CODIGO: AJ-F-08-01
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA: 1 DE 1

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1063 DE 2017 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Nit. 900971006-4
CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CEDULA No. 52.786.667
VALOR TOTAL: 4.674.336
PLAZO DE EJECUCIÓN: TRES (3) MESES
FECHA INICIO: 1 DE ENERO DE 2017
FECHA TERMINACIÓN: 31 DE MARZO DE 2017
SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 442 del 11 de octubre de 2016 y posesionada el 20 de octubre del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 003de 16 de mayo de 2016 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**, en ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", la Empresas Sociales del Estado Simón Bolívar, Suba, Usaquén, Engativá y Chapinero se fusionaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **b)** Que mediante el Decreto 171 del 08 de abril de 2016 se designaron durante el periodo de transición los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada por el Acuerdo Distrital mencionado. **c)** Que mediante Decreto 442 de 11 de octubre de 2016 se designó como Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a la Doctora Yidney García Rodríguez en remplazo de la inicialmente nombrada mediante Decreto 171 de 08 de abril de 2016 **d)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **e)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **f)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente contrato: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** 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.**SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **Específicas:** Se tienen como tal las descritas en el requerimiento el cual hace parte integral del presente contrato.**Generales**: Además de las especificas reseñadas en el requerimiento y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la

normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las responsabilidades asignadas 7. 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. 8. Cumplir con el desarrollo de 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. 9. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Norte, conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. El CONTRATISTA se compromete a hacer una entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato, una vez expire su plazo o termine de forma anticipada. 18. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO PRIMERO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336)**. **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 1 del 01 de enero, Código del Rubro: 321030501 – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE ($1.558.112)**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes, a certificar. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL	CODIGO: AJ-F-08-01
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA: 1 DE 1

a cargo del **CONTRATISTA**. **PARAGRAFO DOS:** En caso de que, como producto del estudio contratado por la Secretaría Distrital de Salud, el Comité Directivo de Red determine aplicar una tabla de honorarios resultante de dicho estudio, se procederá a realizar los ajustes correspondientes en los valores mensuales aquí señalados. **SEXTA. - TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **tres (03) meses**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos para su ejecución. **SÉPTIMA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del mismo, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto, no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, o por solicitud debidamente sustentada, que sea presentada por una de las partes y que se encuentre debidamente avalada por el supervisor certificando la no alteración en la prestación del servicio, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA: CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **diez por ciento (10%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. PARÁGRAFO PRIMERO: De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el **CONTRATISTA** no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula. **DÉCIMA SEGUNDA. - CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA TERCERA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMACUARTA. - LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte. No obstante, en caso de existir saldo a reversar se procederá conforme al procedimiento establecido a reincorporar el valor correspondiente a los saldos no ejecutados al presupuesto de la E.S.E. **DÉCIMA QUINTA. - DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Certificado de registro presupuestal **d)** Todos los demás documentos que sirvieron de base para la presente contratación y para su ejecución. **DÉCIMA SEXTA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la

profesión u oficio. g) Por orden de autoridad competente. h) Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA SÉPTIMA. - CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, funcionarios y demás que hagan parte de la institución, a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas y demás, los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA.DECIMA OCTAVA– INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE. DECIMA NOVENA. - EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza de la Orden de Prestación de Servicio, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados en el contrato. **VIGÉSIMA - INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** es una persona independiente a **la del CONTRATANTE**, y, en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto, no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA PRIMERA. - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **PROFESIONAL ESPECIALIZADO** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA**, de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.003 del 16 de Mayo de 2016, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred. **VIGÉSIMA TERCERA. - DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los 01 días de enero de 2017.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667 Bta.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Tecnólogo Administrativo	
Revisado por:	Natalia Patiño	Profesional Administrativo	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Asesor Jurídico	

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-01
		VERSION:1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA:1 DE 1
		FECHA:18/01/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E				NO.	52786667					
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@hotmail.com						CELULAR:	6040141					
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD							SUBA						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA						SEDE:	SUBA					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	201-D03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA						TIPO DE CUENTA:	AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	006580257122							PENSIONADO	NO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1063/2017						N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 de 3					
NÚMERO DE CDP	001	FECHA	1/1/2017	NUMERO DE CRP	689		FECHA	1/1/2017					
OBJETO DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.												
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO					
		01	01	2017		31	01	2017					
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,558,112												
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%											

OBSERVACIONES: El Colaborador se encuentra programado en el mes de enero con un total de 180 horas de las cuales fueron DESCONTADAS POR INASISTENCIA y/o INCAPACIDAD ENERO un total de 6 horas

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,674,336
VALOR EJECUTADO	$1,473,432
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,473,432
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$3,200,904
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	32%

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 **$1.723.650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8461002113	$689.450	$56,181	$110,312	3	$16,795	$213,288

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Néstor Augusto Giraldo Méndez

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Andrea Silva Martínez

SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA 52'786667

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
	VERSION: 1
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
	FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: Salas de partos					UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 1063/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	01	2017	31	01	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI X NO ____

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información recuerda de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea recuerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

OBSERVACIONES : El Colaborador se encuentra programado en el mes de enero con un total de 180 horas de las cuales fueron DESCONTADAS POR INASISTENCIA y/o INCAPACIDAD ENERO un total de 6 horas.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,473,432 (UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/C)

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA CC.52786667

NESTOR D GIRALDO

Néstor Augusto Giraldo Méndez

Fecha : 30 / 01 / 2017

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

DECLARACION JURAMENTADA

En la Ciudad de BOGOTA Departamento de CUNDINAMARCA a los 30 días del mes de ENERO del año 2017

YO JUZ ANDREA SILVA MARTINEZ, identificado(a) con CC No. 52'786667 De BOGOTA · manifiesto libre y voluntariamente que:

1. No pose más de un establecimiento de comercio u oficina en arriendo o propio.
2. El único establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio que poseo, NO desarrolle actividades bajo franquicia, concesión, regalía, autorización o cualquier otro sistema que implique la explotación de intangibles.
3. No soy usuario aduanero.
4. No he celebrado contratos de venta de bienes o prestación de servicios gravados por un valor individual superior a 3.300 UVT ($93.321.000).
5. Mis ingresos brutos para la vigencia 2015 no superaron las 4.000 UVT ($113.116.000) y para la vigencia actual no han superado las 4.000 UVT ($119.012.000).

Declaró bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA.
Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

JUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
Firma del declarante
CC o Nit. 52'786667.

42

aportes en línea
NIT. 900147238-2

Certificado de Aportes

Se certifica que LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con CC 52786667 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA CC 52786667

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irp	vip
2017-01	2017-01	8461002113	8461002113	I	2017-01-13																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$689,455	$110,313
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$689,455	$16,800
CCF	CAFAM	30	2%	$689,455	$13,789
EPS	FAMISANAR	30	12.5%	$689,455	$86,200

Este certificado se expide el día 2017-01-13 a las 10:39.

PAGADO

aportes en línea
NIT. 900147238-2

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-01	2017-01	8461002113	8461002113	I	2017/01/16	2017/01/13	BANCO BOGOTA	0	$227,102

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irp	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$689,455	$110,313			$689,455	$86,200			$689,455	$13,789			$689,455	$16,800		$689,455	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$689,455	$110,313			$689,455	$86,200			$689,455	$13,789			$689,455	$16,800		$689,455	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$689,455	$110,313			$689,455	$86,200			$689,455	$13,789			$689,455	$16,800		$689,455	$0	
1	CC	52786667	SILVA LUZ																		230201	30	$689,455	$110,313	EPS017	30	$689,455	$86,200	CCF21	30	$689,455	$13,789	14-23	30	$689,455	$16,800	30	$689,455	$0	No
Total	Afiliados(1)																						$689,455	$110,313			$689,455	$86,200			$689,455	$13,789			$689,455	$16,800		$689,455	$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-01	2017-01	8461002113	8461002113	I	2017/01/16	2017/01/13	BANCO BOGOTA	0	$227,102

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$110,313	$0	$0	$110,313
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$110,313	$0	$0	$110,313
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,800	$0	$0	$16,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,789	$0	$0	$13,789
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$13,789	$0	$0	$13,789
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$86,200	$0	$0	$86,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$86,200	$0	$0	$86,200
TOTAL				1	$227,102	$0	$0	$227,102

45

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-02
		VERSION:2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA:1 DE 1
		FECHA: 16/02/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E			No.	52786667						
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@hotmail.com					CELULAR:	6040141						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA					SEDE:	SUBA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	201-D03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	008580257122								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1063/2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 3	
NÚMERO DE CDP	001	FECHA	1/1/2017	NÚMERO DE CRP	689	FECHA	05/01/2017
OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	02	2017		28	02	2017
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,558,112							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: El Colaborador se encuentra programado en el mes de FEBRERO con un total de 168 horas de las cuales fueron descontadas por inacistencia y/o incapacidades un total de 0 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,674,336
VALOR EJECUTADO	$2,896,056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1,422,624**
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$1,778,280
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	$ 62%

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 $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8461396173	$737,717	$92,215	$118,035	3	$17,971	$228,220

Dado en Bogotá a los **(28)** días del mes de **FEBRERO** del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Néstor Augusto Giraldo Méndez NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	Luz Andrea Silva Martinez. SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
	VERSION: 1
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
	FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: Salas de partos				UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1063/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	02	2017	28	02	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI X NO ____

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES: El Colaborador se encuentra programado en el mes de FEBRERO con un total de 168 horas de las cuales fueron descontadas por inacistencia y/o incapacidades un total de 0 horas

TOTAL A PAGAR: $1,422,624 (Un Millón Cuatrocientos Veintidos Mil Seiscientos Veinticuatro Pesos)

Luz Andrea Silva Martinez

SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA CC.52786667

Néstor Augusto Giraldo Méndez

Fecha : 28 / 02 / 2017

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

aportes en línea
NIT. 900147238-2

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1278[illegible]		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-02	2017-02	8461396173	8461396173	I	2017/02/14	2017/02/16	BANCO BOGOTA	2	$243,504

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$200	$0	$118,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$200	$0	$118,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$0	$0	$18,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$0	$0	$18,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,754	$0	$0	$14,754
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,754	$0	$0	$14,754
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,250	$200	$0	$92,450
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,250	$200	$0	$92,450
TOTAL				1	$243,104	$400	$0	$243,504

PAGADO

2017/02/16 02:36 PM

aportes en línea
NIT. 900147258-2

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-02	2017-02	8461396173	8461396173	I	2017/02/14	2017/02/16	BANCO BOGOTA	2	$243,504

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$738,000	$118,100			$738,000	$92,250			$737,717	$14,754			$738,000	$18,000		$737,717	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$738,000**	**$118,100**			**$738,000**	**$92,250**			**$737,717**	**$14,754**			**$738,000**	**$18,000**		**$737,717**	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$738,000**	**$118,100**			**$738,000**	**$92,250**			**$737,717**	**$14,754**			**$738,000**	**$18,000**		**$737,717**	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30	$738,000	$118,100	EPS017	30	$738,000	$92,250	CCF23	30	$737,717	$14,754	14-23	30	$738,000	$18,000	30	$737,717	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$738,000**	**$118,100**			**$738,000**	**$92,250**			**$737,717**	**$14,754**			**$738,000**	**$18,000**		**$737,717**	$0

PAGADO

2017/02/16 02:36 PM

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 08/11/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	15/03/2017	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] PRORROGA [X] OTRO (*) [ ]

VALOR $3,116,224 TIEMPO 2 MESES

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	1063/2017	CONTRATISTA:	SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	Se requiere: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$4,674,336	001	1/1/2017	689	1/1/2017

FECHA INICIO 01/01/2017 FECHA TERMINACIÓN 31/03/2017

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR EL VALOR DE $3,116,224 Y PRORROGAR POR DOS (2) MESES, EL CONTRATO No 1063/2017 DE ACUERDO LOS REQUERIMIENTOS DEL SERVICIO.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 62 % DEL VALOR TOTAL Y TIEMPO, SE REQUIERE ADICIONAR Y PRORROGAR, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA PRESTACION DEL SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba. En los servicios de Ginecología y Obstetricia de la unidad.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
Adición No 1	$ 0				
Adición No 2					
Adición No 3					

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1			
Prorroga No 2			
Prorroga No 3			

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$4,674,336
VALOR. EJECUTADO	$2,896,056
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$1,778,280
% EJECUCIÓN	62%

Firmas		
	Firma del responsable del área o centro de atención:	NESTOR AUGUSTO GIRALDO MENDEZ
	VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios:	DR. EDUARDO MAURICIO CUBEROS MORALES
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	MINUTA DE OTROSI DE OPS	CODIGO: AJ-F-07-03
		VERSION: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PÁGINA 1 DE 762
		FECHA: 22/02/2017

OTROSÍ N° 1 PRORROGA Y ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1063 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 442 del 11 de octubre de 2016 y posesionada el 20 de octubre del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 003 de 16 de mayo de 2016, modificado parcialmente mediante Acuerdo N° 023 de 28 de noviembre de 2016 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **1063** de 2017, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de enero de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1063 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar de Enfermería 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de enero de 2017** y hasta el **31 de marzo de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **dos (2) meses. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **dos (2) meses** hasta el **31 de mayo de 2017**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **TRES MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE ($3.116.224).** **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **1063 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS ($7.790.560) M/CTE. CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 691 del 22 de marzo de 2017, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 27 de marzo de 2017.

YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667 BTA.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Universitario	
Revisado por:	Natalia Patiño	Profesional Universitario	
Aprobado por:	Álvaro Galvis	Asesor Jurídico	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-02
		VERSION:2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA:1 DE 1
	ASESORIA JURIDICA	FECHA: 16/02/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		No.	52786667							
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@hotmail.com				CELULAR:	6040141							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				SEDE:	SUBA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	201-D03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	008580257122										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1063/2017		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3		
NÚMERO DE CDP	001	FECHA	1/1/2017	NÚMERO DE CRP	689	FECHA	31/01/2017
OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2017		31	03	2017

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,558,112	
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%

OBSERVACIONES: El Colaborador se encuentra programado en el mes de MARZO con un total de 186 horas de las cuales fueron descontadas por inacistencia y/o incapacidades un total de horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,674,336
VALOR EJECUTADO	$4,471,104
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,575,048
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$203,232
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	% 96

EL INTERVENTOR O SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE: El Colaborador se encuentra programado en el mes de MARZO con un total de 186 horas de las cuales fueron descontadas por inacistencia y/o incapacidades un total de horas

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 $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8463325282	$737,717	$92,215	$118,035	3	$17,971	$228,220

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de MARZO del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

NESTOR AUGUSTO GIRALDO MENDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	VERSION: 1
		PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: Salas de partos				UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1063/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	03	2017	31	03	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermeria sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

TOTAL A PAGAR $1,575,048 Un Millón Quinientos Setenta y Cinco Mil Cuarenta y Ocho

Luz Andrea Silva Martinez

SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA

CC.52786667

Nestor Giraldo M

NESTOR AUGUSTO GIRALDO MENDEZ

FECHA 28/03/2017

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

aportes en línea
NIT 900147238-2

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-03	2017-03	B463325282	8463325282	I	2017/03/15	2017/03/10	BANCO BOGOTA	0	$243,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$0	$0	$118,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$0	$0	$118,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$0	$0	$18,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$0	$0	$18,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$0	$0	$14,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$0	$0	$14,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$0	$0	$92,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$0	$0	$92,300
TOTAL				1	$243,200	$0	$0	$243,200

PAGADO

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-03
		VERSION:3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA:1 DE 1
	ASESORIA JURIDICA	FECHA:06/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		No.	52786667							
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@hotmail.com				CELULAR:	6040141							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				SEDE:	SUBA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	D03-201	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	008580257122										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1063/2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 5	
NÚMERO DE CDP 1	001	FECHA	1/1/2017	NÚMERO DE CRP 1	689	FECHA	1/1/2017
NÚMERO DE CDP 2	691	FECHA	3/22/2017	NÚMERO DE CRP 2	6945	FECHA	3/22/2017
NÚMERO DE CDP 3		FECHA		NÚMERO DE CRP 3		FECHA	
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2017		30	04	2017
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,625,856							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: El Colaborador se encuentra programado en el mes de ABRIL con un total de 192 horas de las cuales fueron descontadas por inacistencia 0 y/o incapacidades un total de 0 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7,790,560
VALOR EJECUTADO	$6,096,960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,625,856
TOTAL HORAS CONTRATADAS	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
VALOR A LIBERAR	$ 0
SALDO POR EJECUTAR	$1,693,600
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	% 78

EL INTERVENTOR O SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE: El Colaborador se encuentra programado en el mes de ABRIL con un total de 192 horas de las cuales fueron descontadas por inacistencia 0 y/o incapacidades un total de 0 horas

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 $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8464540670	$737,717	$92,215	$118,035	3	$17,971	$228,220

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

NESTOR AUGUSTO GIRALDO MENDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: Salas de partos				UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1063/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	04	2017	30	04	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR **$1,625,856** Un Millón Seiscientos Veinticinco Mil Ochocientos Cincuenta y Seis pesos m/c

Luz Andrea Silva Martinez **SILVA MARTÍNEZ LUZ ANDREA** **CC.52786667**	Nestor G **NESTOR AUGUSTO GIRALDO MENDEZ** FECHA 28/04/2017

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-04	2017-04	8464540670	8464540670	I	2017/04/19	2017/04/05	BANCO BOGOTA	0	$243,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tee tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac vsp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0	
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30	$737,717	$118,100	EPS017	30	$737,717	$92,300	CCF21	30	$737,717	$14,800	14-23	30	$737,717	$18,000	30	$737,717	$0	No
Total		**Afiliados(1)**				$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-04	2017-04	8464540670	8464540670	I	2017/04/19	2017/04/05	BANCO BOGOTA	0	$243,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$0	$0	$118,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$0	$0	$118,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$0	$0	$18,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$0	$0	$18,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$0	$0	$14,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$0	$0	$14,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$0	$0	$92,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$0	$0	$92,300
TOTAL				1	$243,200	$0	$0	$243,200

2017/04/06 12:15 PM

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	LISTA DE CHEQUEO PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO AP-TH-F-44 03
		VERSION 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA 1 DE 2
		FECHA 10/08/2018

NOMBRE	JUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
NÚMERO DOCUMENTO	52178667
PERFIL:	AUX. ENFERMERÍA
SUPERVISOR DEL CONTRATO	

BACHILLER		TÉCNICO		TECNÓLOGO
PROFESIONAL		PROFESIONAL ESPECIALIZADO		

DOCUMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL

No.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	SI APLICA	NO APLICA	No. FOLIO
1	REQUERIMIENTO			
2	REGISTRO SECOP II			
3	HOJA DE VIDA			
4	HOJA DE VIDA (SIDEAP)			
5	DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS (SIDEAP)			
6	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA			
7	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONERÍA			
8	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA			
9	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS POLICÍA			
10	DIPLOMA BACHILLER			
11	ACTA DE GRADO BACHILLER			
12	DIPLOMA (TÉCNICO, TECNÓLOGO Y PROFESIONAL)			
13	ACTA DE GRADO (TÉCNICO, TECNÓLOGO Y PROFESIONAL)			
14	DIPLOMA (ESPECIALIZACIÓN)			
15	ACTA DE GRADO (ESPECIALIZACIÓN)			
16	VERIFICACIÓN DE TÍTULOS			
17	TARJETA PROFESIONAL			
18	RESOLUCIÓN DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			
19	RETHUS			
20	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCILINARIOS CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA (ABOGADOS)			
21	CERTIFICADO JUNTA CENTRAL DE CONTADORES			
22	REGISTRO INVIMA (TECNICOS E INGENIEROS BIOMÉDICOS)			

CURSOS				
No	NOMBRE DEL DOCUMENTO	SI APLICA	NO APLICA	No. FOLIO
23	SOPORTE VITAL BASICO (BLS) -(Urgencias y TAB. Auxiliares de enfermeria)			
24	SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS) -Urgencias y APH, Medicos)			
25	SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIATRICO (PALS) - (Hospitalizacion Urgencias - Pediatria UCIP y UCI Neonatal)			
26	CURSO ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (Para todo el personal asistencial)			
27	CERTIFICADO DE FORMACION PRIMEROS AUXILIOS (Conductores APH TAB TAM)			
28	CERTIFICADO DE FORMACION PRIMER RESPONDIENTE (Conductores APH)			
29	CURSO COVE, OVEM, MAVE (Conductores APH)			
30	CURSO ATENCION PREHOSPITALARIA (Conductores APH)			
31	CARNET RADIO PROTECCION personal expuesto a radiaciones Ionizantes (Servicios Ambulatorios - Salud Oral Tecnico RX Radiologo Odontologo)			
32	CERTIFICADO DE FORMACION TOMA DE MUESTRAS (Personal que tome muestras de laboratorio)			

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	LISTA DE CHEQUEO PARA CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO AP-TH-F-44-03
		VERSIÓN 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA 2 DE 2
		FECHA 10/08/2018

No	NOMBRE DEL DOCUMENTO	SI APLICA	NO APLICA	No. FOLIO
33	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE TRANSFUSIÓN Y/O BANCO DE SANGRE (Servicios Complementarios)			
34	CURSO DE CAMILLERO - (Hospitalización)			
35	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PAI (ADMINISTRACIÓN INMUNOBIOLÓGICOS) – (Servicios Ambulatorios)			
36	CERTIFICADO ASESORIAS PRE Y POST VIH – (Hospitalización y Servicios Complementarios)			
37	CERTIFICADO TOMA Y MUESTRAS DE CITOLOGÍAS – (Servicios Complementarios)			
38	Curso Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)			
39	CURSO DE ALTURAS (Personal para Mantenimiento e Infraestructura)			

No.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	SI APLICA	NO APLICA	No. FOLIO
40	CERTIFICADO DE VACUNAS (INFLUENZA, HEPATITIS B, TETANO, TT, TD, SARAMPIÓN Y TRIPLE VIRAL)			
41	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL			
42	FOTOCOPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCION (Certificación de la SIM sin comparendos pendientes para Conductores APH)			
43	CERTIFICACIONES LABORALES (SEGÚN EXPERIENCIA)			
44	FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTIDAD (APLIADA AL 150)			
45	FOTOCOPIA CEDULA DE EXTRANJERIA /PASAPORTE			
46	FOTOCOPIA DE LA VISA DE MIGRANTE TP-4 / PERMISO DE PERMANENCIA			
47	RESOLUCIÓN DE HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS PARA EXTRANJEROS			
48	FOTOCOPIA LIBRETA MILITAR			
49	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN EPS			
50	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AFP (PARA PENSIONADOS LA RESOLUCIÓN)			
51	CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA ARL			
52	CERTIFICACIÓN CUENTA BANCARIA			
53	REGRISTROS ÚNICO TRIBUTARIO RUT			
54	PÓLIZA DE RESPOSABILIDAD CIVIL (MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS)			
55	FORMATO SISTEMA SARLAFT			
	CD MARCADO CON NUMERO DE CEDULA (Todos los documentos escaneados individuales y en PDF)			

ETAPA CONTRACTUAL

No.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	SI APLICA	NO APLICA	No. FOLIO
1	MINUTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
2	DERECHOS DE PETICION CONTRACTUALES			
3	ACTA DE SUSPENSION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
4	ACTA DE REINICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
5	MINUTA OTROSI (ADICION PRORROGA MODIFICATORIO)			
6	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL CDP			
7	CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL - CRP			
8	CERTIFICADOS COMPLEMENTARIOS			
9	CERTIFICACIONES DE PAGOS Y CUMPLIMIENTO			

- Las fotocopias deben sèr legibles
- Los antecedes de la Procuraduria, Personeria y Contraloria con fecha de vigencia minimo un mes
- Los antecedentes de la Policia con fecha de vigencia minimo seis meses
- Tarjeta militar y carnet profesional se deba anexar constancia de pago cuando este en tramite
- Para los cursos o soportes del personal asistencial deberá garantizarse su vigencia durante el periodo a contratar y sus adiciones
- Carpeta legajada tamaña oficio y debidamente foliada

2631 Luz Andrea Silva Martinez

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO ASISTENCIAL	CODIGO: AP-TH-F-41-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 23/01/2018

FECHA DE SOLICITUD:	Enero 4 de 2019	**TIPO:**	OTROS ENFERMERIA
UNIDAD:	SUBA	**SERVICIO:**	HOSPITALIZACION

PERFIL REQUERIDO						
PERFIL:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**					
VALOR HORA:	$8.527	NUMERO DE HORAS:		186		
PONDERADORES	SERVICIO DONDE PRESTA LA ATENCION		12%	EXPERIENCIA		0%
	OFERTA DISPONIBLE EN EL MERCADO		0%	LIDER - REFERENTE	12% U	30% SUB
VALOR TOTAL:	$1.585.961	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESO				
ESTUDIOS:	BACHILLER- TECNICO LABORAL					
EXPERIENCIA:	DOS 2) AÑOS					

JUSTIFICACIÓN

Garantizar la prestación de servicios de salud en los servicios de Hospitalización, de las diferentes unidades de atención en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. 2. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados. 3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. 4. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. 5. Adherirse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales. 6. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad. 7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. 8. 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. 9. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día. 10. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente. 11. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, 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. 12. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato 13. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol. 14. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. 15. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido. 16. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte. 17. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios. 18. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución. 19. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre. 20. Garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio 21. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, fa4milia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte. 22. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.

CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DEL PERSONAL

Una vez verificada la disponibilidad de personal de planta para atender la solicitud presentada por la Directora de Servicios Hospitalarios, se certifica que no existe personal suficiente en la Planta de Personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la actividad de Auxiliar de Enfermería, desarrollando actividades de prestación de servicios de salud en Hospitalización.

Vo. Bo. DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

CONDICIONES DEL CONTRATO (SOLICITUD DEL CONTRATO)	
Contratista:	
Documento de Identidad:	
Supervisor:	CLARA YOLANDA PRADA GIL
Plazo de Ejecución:	TRES (3) MESES

FIRMA	**FIRMA**
REFERENTE DEL ÁREA: CLARA YOLANDA PRADA GIL NOMBRE DEL LIDER O REFERENTES DIRECCION / PROCESO / OFICINA	Vo. Bo. DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ SUBGERENTE CORPORATIVO Y/O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NOMBRE DEL SUBGERENTE CORPORATIVO Y/O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
REVISO: CLARA YOLANDA PRADA GIL, Directora de Servicios de Hospitalización Subred Norte ESE	RECIBIDO OFICINA CONTRATACIÓN: FIRMA : FECHA:
GERENTE: DRA YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

01-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 1 De 2019 **CRP. N°: 11881**

COPIA

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LAVIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2019 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO DEL RUBRO.....: 232010305010000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201030501
NOMBRE DEL RUBRO.....: CONTRATACIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

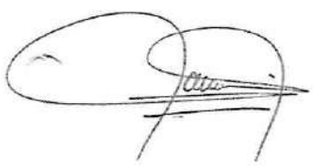
AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 159 -

LA SUMA INICIAL DE:	4.749.417
CON UN REINTEGRO DE:	0.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE:	4.749.417

CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CTO. N. 2631-19 AUXILIAR DE ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 2631-19
A NOMBRE DE: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC o NIT: 52786667-1
OBJETO: CTO. N. 2631-19 AUXILIAR DE ENFERMERIA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA A LOS 1 DIAS DEL MES DE Febrero DE 2019



NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTALY SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2631 DE 2019 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO: Prestar servicios 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
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Nit. 900971006-4
CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CEDULA CONTRATISTA: 52.786.667
VALOR TOTAL: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($4.757.883)
PLAZO DE EJECUCIÓN: Tres (3) meses
FECHA INICIO: 01 de febrero de 2019
FECHA TERMINACIÓN: 30 de abril de 2019
SUPERVISOR: DIRECTOR (A) DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE,** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**, en ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", se creó la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **b)** Que el área de Talento Humano mediante requerimiento avalado por el ordenador del gasto certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **d)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **f)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente contrato: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:**Prestar servicios 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.**SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **Específicas:** Se tienen como tal las descritas en el requerimiento el cual hace parte integral del presente contrato.**Generales**: Además de las especificas reseñadas en el requerimiento y sin perjuicio de la autonomía técnica, científica o administrativa que le asiste al CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos. La falsedad en dichos documentos dará lugar a terminación automática de contrato. 5. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las a obligaciones asignadas 7. 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. 8. 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. 9. Adherirse a las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Norte, conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones o recomendaciones de auditorías de órganos internos o externos, dadas por el supervisor o a través del apoyo del supervisor. 11. Contribuir con la consolidación de los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. Todo contratista será responsable de la información emitida y avalada con ocasión de los derechos de petición. 12. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 13. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato. 14. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 15. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 16. El CONTRATISTA se compromete a hacer una entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato, una vez expire su plazo o termine de forma anticipada. 17. El contratista se compromete a salvaguardar la reserva de la información entregada o generada en la Subred con ocasión de sus actividades y Desarrollo del contrato. 18. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir en contratista en extravió, perdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades el contratante queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del contratista las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos, previo agotamiento del debido proceso. El contratista solicitara al supervisor del contrato el respectivo paz y salvo respecto de los bienes entregados. 19. El CONTRATISTA autoriza a la Subred el manejo de sus datos personales e información que reposen en la carpeta contractual y entrega a las autoridades internas y externas, previo requerimiento. 20. El CONTRATISTA se obliga a devolver el carnet, chaqueta, elementos institucionales, información o bienes muebles entregados con ocasión del desarrollo de sus actividades y cumplimiento contractual. Para lo cual el supervisor podrá exigir paz y salvo al mismo para su pago. **PARAGRAFO**: El CONTRATISTA que haciendo uso indebido de los elementos antes referenciados y que ocasione o lesione la imagen institucional o presente documentos falsos o adulterados para su contratación será sujeto de denuncia penal ante las autoridades correspondientes. 20. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. **PARÁGRAFO PRIMERO**: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($4.757.883).** **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 159 del 24 de enero de 2019, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales - 23201030501,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE ($1.585.961)**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. **PARAGRAFO PRIMERO.** La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes, a certificar. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al régimen común deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO SEGUNDO: RETENCIONES**: Para cumplir con las

obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. **PARAGRAFO TERCERO.** No obstante lo anterior, todo pago será causado conforme al flujo de caja existente y registro en el PAC de la SUBRED. **SEXTA. - TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **Tres (3) meses**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos para su ejecución. **SÉPTIMA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del mismo, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, cuando se corrobora la adulteración de información a nombre de la subred y a favor del contratista, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto, no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, o por solicitud debidamente sustentada, que sea presentada por una de las partes y que se encuentre debidamente avalada por el supervisor certificando la no alteración en la prestación del servicio. No obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral; en caso de una licencia de maternidad o incapacidad médica el periodo de suspensión del contrato se realizara bajo un documento debidamente soportado por un profesional de la salud. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA: CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente **al diez por ciento (10%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO:** De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el **CONTRATISTA** no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. **DÉCIMA SEGUNDA. – GARANTIAS:** Si el contratista desarrolla actividades en el área asistencial como médico y/o médico especialista deberá suscribir a favor y/o incluir a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE (como beneficiaria) póliza de responsabilidad civil profesional para profesiones médicas y profesionales de la salud hasta por la suma mínima de 100 S.M.L.V. y que cubra el plazo del contrato así como sus prorrogas. **DECIMA TERCERA CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato podrán ser resueltas a través de mecanismos alternativos de solución de controversias previstos en la ley. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad haga uso de las clausular excepcionales al derecho común cuando estas se pacten en el contrato. **DÉCIMA CUARTA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en alguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA QUINTA. - LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado. En caso de existir saldo a reversar será responsabilidad del supervisor del contrato informar en forma escrita para liberación de los mismos. **DÉCIMA SEXTA. - DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Certificado de registro presupuestal **d)** Todos los demás documentos que sirvieron de base para la presente contratación y para su ejecución. **DÉCIMA SEPTIMA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **DÉCIMA OCTAVA. - CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más

estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, funcionarios y demás que hagan parte de la institución, a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas y demás, los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA.DECIMA NOVENA– INDEMNIDAD**: El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **VIGECIMA. - EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL**: El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza de la Orden de Prestación de Servicio, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados en el contrato. **VIGÉSIMA PRIMERA - INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** es una persona independiente **a la del CONTRATANTE**, y, en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto, no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE,** ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA SEGUNDA. - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA TERCERA.- SUPERVISIÓN**: La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo **del DIRECTOR (A) DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA**, de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.024 del 20 de Septiembre de 2017, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred. **VIGÉSIMA CUARTA. - DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los 01 de febrero de 2019.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'486.667 BTA.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Hemilet Cala Celis	Director (a) de Contratación	
Aprobado por:	Hemilet Cala Celis	Director (a) de Contratación	

491

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-07
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 12/02/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.786.667							
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477							
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS												
SERVICIO:	Enfermeria				SEDE:	Suba							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	D03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570085802571122								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2631-19			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3
NÚMERO DE CDP 1	159	FECHA	24/01/2019	**NÚMERO DE CRP 1**	11881	FECHA	01/02/2019
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	
NÚMERO DE CDP 3		FECHA		NÚMERO DE CRP 3		FECHA	
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO	
		1	2	2019		28	2	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1.585.961	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESO							
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		Asistencial	X	suba				

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.757.883
VALOR EJECUTADO	$1.585.961
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.585.961
VALOR HORA / DIA	8527
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR ($I se trata de la ultima certificación, el saldo por ejecutar debe ser liberado)	$0
SALDO POR EJECUTAR	$ 3,171,922
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%,

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: ELCONTRATISTA CUMPLIO CON LO ESTIPULADO DURANTE EL MES DE FEBRERO

De conformidad al decreto 1273 de 2018 en su "Articulo 2.2.1.1.1.7 - El pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido, por periodos mensuales, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes anterior. El supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar.

Número de Planilla Mes Vencido	IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8488648401	828116	$103.515	$132.499	3	$20.173	$256.186

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de (FEBRERO) del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Andrea Silva Martinez 52786667
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Cambio # de planilla

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-07
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 12/02/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.786.667	
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477	
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
SERVICIO:	Enfermeria				SEDE:	Suba	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D03	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	57008580257122	PENSIONADO	No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2631-19			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 3	
NÚMERO DE CDP 1	159	FECHA	24/01/2019	NÚMERO DE CRP 1	11881	FECHA	01/02/2019
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	
NÚMERO DE CDP 3		FECHA		NÚMERO DE CRP 3		FECHA	
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO	
		1	2	2019		28	2	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1.585.961	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESO							
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		Asistencial	X	suba				

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.757.883
VALOR EJECUTADO	$1.585.961
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.585.961
VALOR HORA / DIA	**8527**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	**186**
VALOR A LIBERAR (Si se trata de la ultima certificación, el saldo por ejecutar debe ser liberado)	$0
SALDO POR EJECUTAR	$ 3,171,922
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%,

El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: ELCONTRATISTA CUMPLIO CON LO ESTIPULADO DURANTE EL MES DE FEBRERO

De conformidad al decreto 1273 de 2018 en su "Articulo 2.2.1.1.1.7 - El pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido, por periodos mensuales, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes anterior. El supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar.

Número de Planilla Mes Vencido	IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8489016365	828116	$103.515	$132.499	3	$20.173	$256.186

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de (FEBRERO) del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Andrea Silva Martinez
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ 52786.667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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: HOSPITALIZACION GINECOLOGIA		UNIDAD:		SUBA			
No. DE CONTRATO: 2631-19		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667	Periodo certificado	01	02	2019	28	02	2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___X_ NO ____ Servicios: SI ____ 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.	Cumple con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cuenta a los componentes de habilitación, 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.	cumple desarrollando las estrategias para 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.
3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	100	3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	Da cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	100	5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	Diligencia los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100	6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Da cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100	7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Instruye al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	100	8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	Informa alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100	9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Aplica principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100	10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Aplica los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	100	11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	Cumple con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	100	12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Presta un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100	13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Asiste y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100	14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Mantiene una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100	15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Apoya los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100	16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Realiza las actividades, acorde a la programación institucional
17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	100	17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	Realiza el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	Cumple con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las	100	19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades,	Mantiene Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades,

actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso		cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	100%	20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	Realiza las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UNO PESO 1585961			
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:52786667		Fecha : 28/ FEBRERO /2019 Firma de recibido supervisor: CLARA YOLANDA PRADA GIRON DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.			

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-01	2019-01	8489016365	8489016365	I	2019/02/15	2019/02/19	BANCO BOGOTA	4	$273,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF21	30	$828,116	$16,600	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

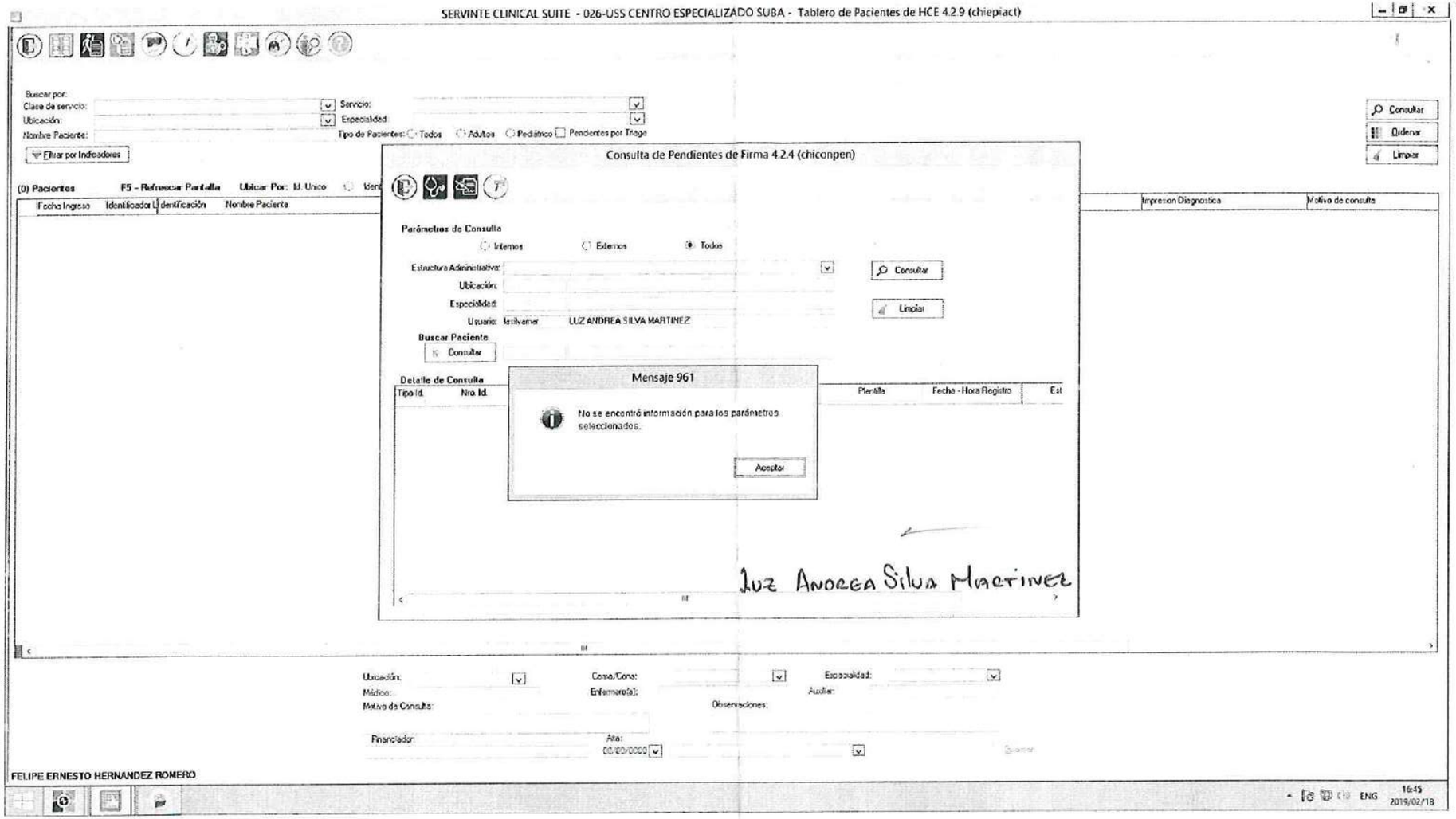
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	8489016365	8489016365	I	2019/02/15	2019/02/19	BANCO BOGOTA	4	$273,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$400	$0	$132,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$400	$0	$132,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$100	$0	$20,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,200	$100	$0	$20,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$100	$0	$16,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$16,600	$100	$0	$16,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$400	$0	$104,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$103,600	$400	$0	$104,000
TOTAL				1	$272,900	$1,000	$0	$273,900


SERVINTE CLINICAL SUITE - 026-USS CENTRO ESPECIALIZADO SUBA - Tablero de Pacientes de HCE 4.2.9 (chiepiact)
Buscar por:
Clase de servicio:
Ubicación:
Nombre Paciente:
Servicio:
Especialidad:
Tipo de Pacientes: Todos Adultos Pediátrico Pendientes por Triage
Filtrar por Indicadores
Consultar
Ordenar
Limpiar
(0) Pacientes
F5 - Refrescar Pantalla
Ubicar Por: Id. Unico
Fecha Ingreso
Identificador
Identificación
Nombre Paciente
Impresion Diagnostica
Motivo de consulta
Consulta de Pendientes de Firma 4.2.4 (chiconpen)
Parámetros de Consulta
Internos
Externos
Todos
Estructura Administrativa:
Ubicación:
Especialidad:
Usuario: lesilvamar LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
Buscar Paciente
Consultar
Limpiar
Detalle de Consulta
Tipo Id.
Nro Id.
Plantilla
Fecha - Hora Registro
Est
Mensaje 961
No se encontró información para los parámetros seleccionados.
Aceptar
Luz Andrea Silva Martinez
Ubicación:
Médico:
Motivo de Consulta:
Cama/Cuna:
Enfermero(a):
Observaciones:
Especialidad:
Auxiliar:
Financiador:
Ata:
00/00/0000
FELIPE ERNESTO HERNANDEZ ROMERO
ENG
16:45
2019/02/18

	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-07
		VERSION: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACION	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 12/02/2019

168

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52786667					
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477					
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS										
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN				SEDE:	SUBA					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	TOTAL											
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL:	[illegible]				N° DE LA POLIZA:	[illegible]			Fecha:	[illegible]		
VIGENCIA DE LA POLIZA:	[illegible]				SUMA ASEGURADA:	[illegible]			CUENTA DE COBRO:	[illegible]		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2631 DE 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3
NÚMERO DE CDP 1	159	FECHA	24/01/2019	NÚMERO DE CRP 1	11881	FECHA	01/02/2019
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	
NÚMERO DE CDP 3		FECHA		NÚMERO DE CRP 3		FECHA	
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
N° DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	03	2019		31	03	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1.585.961	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS							
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		Asistencial	X	Salud Pública - PIC				

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4.757.883
VALOR EJECUTADO	$ 3.171.922
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.585.961
VALOR HORA/DÍA	$ 8.527
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 1.585.961
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: El contratista cumplió con lo estipulado en el contrato durante el mes.

De conformidad al decreto 1273 de 2018 en su "Articulo 2.2.1.1.1.7 - El pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido, por periodos mensuales, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes anterior. El supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar.

NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE COTIZACIÓN	PERIODO A PAGAR	OPERADOR DE INFORMACIÓN	DÍAS MORA	NUMERO PILA	TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (MARZO) de año Dos Mil Diecinueve (2019) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL	Luz Andrea Silva Martinez
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: enfermeria			UNIDAD:		SUBA			
No. DE CONTRATO: 2631	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
DOCUMENTO:52786667		01	03	2019	31	03	2019	

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO __x__ 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	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.	Cumple con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cuenta a los componentes de habilitación, 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.	cumple desarrollando las estrategias para 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.
3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	100	3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	Da cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	100	5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	Diligencia los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100	6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Da cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100	7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Instruye al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	100	8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	Informa alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100	9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Aplica principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100	10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Aplica los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	100	11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	Cumple con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	100	12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Presta un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100	13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Asiste y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100	14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Mantiene una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100	15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Apoya los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100	16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Realiza las actividades, acorde a la programación institucional
17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	100	17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	Realiza el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	Cumple con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
19 Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	100	19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	Mantiene Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	100%	20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	Realiza las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 1.585.961

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ 52786667

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC 52786667

Fecha: 31/03/2019

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	8489824924	8489824924	I	2019/03/15	2019/03/08	BANCO BOGOTA	0	$272,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
1	CC	52786667 SILVA LUZ	230201	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF21	30	$828,116	$16,600	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0

Contrato 2631
Unidad de Subo
Hora 186

2019/03/08 09:57 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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	84898249 24	84898249 24	I	2019/03/15	2019/03/08	BANCO BOGOTA	0	$272,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,200	$0	$0	$20,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$0	$0	$16,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$16,600	$0	$0	$16,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$272,900	$0	$0	$272,900

2019/03/08 09:57 AM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/CPS	CÓDIGO: AP-CT-F-29-04
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1
		FECHA: 31/10/2018

Fecha de solicitud: d/m/a	30.04.2019	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN	X	PRORROGA	X	OTROS (*)	
VALOR	2.378.942			TIEMPO	TRES (3) MESES

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	2631 - 2019	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA - 52786667
OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA		

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA DE CRP
4.757.883	159	24/01/2019	11881	01/02/2019

FECHA INICIO	01/02/2019	FECHA TERMINACIÓN INICIAL	30 – 04 - 2019

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

PRORROGAR POR TRES (3) MESES (MAYO, JUNIO Y JULIO)
ADICIONAR AL CONTRATO EL VALOR POR UN MES Y QUINCE (15) DÍAS Y AJUSTAR EL VALOR MENSUAL A LA TABLA DE HONORARIOS ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

*** JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

PARA DAR CONTINUIDAD Y GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

ADICIONES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1								
Adición No 2								
Adición No 3								

PRORROGA		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1					
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO	
VALOR CONTRATADO	$ 4.757.883
VALOR EJECUTADO	$ $ 4.749.417
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ $ 8.466
% DE EJECUCIÓN	100%

Firmas		
	Firma del responsable del área o centro de atención: FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA: DRA. CLARA YOLANDA PRADA GIL Director(e) de Servicios Hospitalarios	
	VoBo. SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (E) SANDRA MARIA BOCAREJO HERNÁNDEZ	
	Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

OTROSÍ N° 1 PRORROGA, ADICIÓN Y MODIFICATORIO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2631-2019 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará **el CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **2631 de 2019,** de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2019, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **2631 de 2019,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **Tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2019** y hasta el **30 de abril de 2019. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($4.757.883).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **Tres (3) meses. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **Tres (3) meses** desde **01 de mayo de 2019** y hasta el **31 de julio de 2019**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE ($2.378.942).** **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia del presente Otrosí el valor del contrato No. **2631 de 2019,** para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SIETE MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE ($7.136.825). CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del presente Otrosí, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 918 del 30 de abril de 2019, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 23201030501 Vigencia: 2019,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Modificar la cláusula quinta del contrato principal correspondiente a la forma de pago así: El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades correspondientes a **186 horas** o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE ($1.585.961),** susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley **PARAGRAFO PRIMERO.** La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes, a certificar. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al régimen común deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO SEGUNDO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. **PARAGRAFO TERCERO.** No obstante lo anterior, todo pago será causado conforme al flujo de caja existente y registro en el PAC de la SUBRED. Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que

no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 30 de abril de 2019.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	
Aprobado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	

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:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52786667
CORREO	andrea1019silva@gmail.com	CELULAR	3123846477
PROCESO:	Enfermeria		
SERVICIO:	Enfermeria	UNIDAD:	Suba

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	J02											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	008580257122		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2631-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	159	FECHA	24/01/2019	NÚMERO DE CRP: 1	11881	FECHA	01/02/2019

OBJETO:	Se requiere contratar AUXILIAR DE ENFERMERIA, para prestar servicios en salud a la población beneficiaria								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	04	2019		30	04	2019	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	1,585,961	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:	4,757,883
VALOR EJECUTADO:	4,749,417
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,577,495
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	185
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	8,466
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.82 %

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
8490772251	103,600	132,500	3	20,200	16,600	272,900

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

Luz Silva.

CLARA YOLANDA PRADA GIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA								
No. DE CONTRATO: 2631	Periodo certificado	UNIDAD:			SUBA			
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
DOCUMENTO:52786667		01	04	2019	30	04	2019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA								

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO _X__ **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	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.	Cumple con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cuenta a los componentes de habilitación, 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 SisPtema 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.	cumple desarrollando las estrategias para 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.
3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	100	3. Dar cumplimiento a las actividades asignados por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	Da cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	100	5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	Diligencia los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100	6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Da cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100	7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Instruye al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
8. Informar alertas oportunamente al medico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	100	8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	Informa alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100	9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Aplica principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100	10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Aplica los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	100	11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	Cumple con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	100	12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Presta un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100	13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Asiste y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100	14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Mantiene una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100	15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Apoya los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100	16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Realiza las actividades, acorde a la programación institucional
17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	100	17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	Realiza el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	Cumple con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	100	19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	Mantiene Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	100%	20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	Realiza las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.
TOTAL A PAGAR 1577495			

Fecha : 01__/____04___/_2019

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA:

CC:52786667

Firma de recibido supervisor:_____

DRA CLARA YOLANDA PRADA GIL

DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

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 52786657		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03	8490772251	8490772251	I	2019/04/15	2019/04/09	BANCO BOGOTA	0	$272,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0
1	CC 52786657	SILVA LUZ	230201	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF21	30	$828,116	$16,600	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$16,600			$828,116	$20,200		$0	$0

Unidad Sbc
cont 7631.
+lotes 186

10231

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-03	2019-03	8490772251	8490772251	I	2019/04/15	2019/04/09	BANCO BOGOTA	0	$272,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,200	$0	$0	$20,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$0	$0	$16,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$16,600	$0	$0	$16,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$272,900	$0	$0	$272,900

RECIBA UN CORDIAL SALUDO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. ESPERAMOS PODER CONTAR CON SUS SERVICIOS PARA LO CUAL SE HACE NECESARIO QUE APORTE LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN.

CARPETA DE CARTON TAMAÑO OFICIO, CON GANCHO LEGAJADOR DE PLASTICO, SIN MARCAR. LEGAJAR LOS DOCUMENTOS A TAMAÑO OFICIO EN EL ORDEN QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN:	
1. COPIA DEL REGISTRO AL SECOP (COLOMBIA COMPRA EFICIENTE, www.colombiacompra.gov.co)	
2. HOJA DE VIDA FORMATO WORD (computador)	
3. FOTO PARA CARNET FONDO AZUL	
4. HOJA DE VIDA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL (SIDEAP).	
5. FORMATO DE DECLARACION DE BIENES Y RENTAS (ORIGINAL DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL SIDEAP).	
6. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN VIGENTE (Internet).	
7. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONERÍA DE BOGOTA VIGENTE (Cra. 7 # 21-24 Barrio los Nieves).	
8. CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA VIGENTE (Internet).	
9. CERTIFICADO DE LA POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA VIGENTE (Internet).	
10. FOTOCOPIA DE CERTIFICADO QUE VERIFIQUE LA FORMACIÓN ACADEMICA: Para técnicos, Tecnólogos y Bachilleres (Diploma y acta de grado y/o formación específica de bachiller y de técnico o tecnólogo), PARA PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS (Diploma y acta de grado)	
11. FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL, TARJETA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, RESOLUCION DEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (RURAL), TARJETA PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS, RESOLUCIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD, TARJETA, CERTIFICADO DE REGISTRO DEL RETHUS PARA LOS COLABORADORES ASISTENCIALES, SOPORTE VITAL BÁSICO PARA AUX Y PROFESIONALES ASISTENCIALES Y ACLS PARA MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS JEFE URGENCIAS Y UCI	
11.1 SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA DE APH	
11.2 CURSO: ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL PARA LOS COLABORADORES ASISTENCIALES	
11.3 CURSO EN ALTURAS PERSONAL DE MANTENIMIENTO	
12. TODOS LOS PROFESIONALES QUE SE HAYAN TITULADO FUERA DEL PAIS DEBEN PRESENTAR LA HOMOLOGACIÓN Y LA RESPECTIVA VALIDACIÓN DE LAS ENTIDADES EDUCATIVAS EN COLOMBIA ASÍ MISMO DEBEN CONTAR CON LAS TARJETAS PROFESIONALES VIGENTES.	
13. FOTOCOPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN LEGIBLE (CUANDO HAYA LUGAR)- CERTIFICACIÓN DEL SIMIT SIN COMPARENDOS PENDIENTES CUANDO HAYA LUGAR	
13.1 PARA CONDUCTORES DE AMBULANCIA: CURSO DE CONDUCTORES DE VEHICULOS DE EMERGENCIA, PRIMEROS AUXILIOS, PRIMER RESPONDIENTE. (VIGENTES)	
14. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA PARA LOS ABOGADOS Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES PARA LOS CONTADORES VIGENTE	

	LISTADO DE DOCUMENTOS	Código: Documento de Prueba	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

15. * VACUNADORES: CERTIFICADOS DE COMPETENCIAS DE VACUNACIÓN ∘ ODONTÓLOGOS: CARNET DE RADIO-PROTECCIÓN EMITIDO POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD ∘ PROFESIONAL DE UCI INCLUIDOS MÉDICOS ESPECIALISTAS: CERTIFICADO DE CURSO ACLS-BCLS NO SUPERIOR A DOS AÑOS CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN ∘ PROFESIONAL DE UCI INCLUIDO MÉDICO HOSPITALARIO UCI CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE, DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y ACLS-BLS ∘ ENFERMERA JEFE UCI Y URGENCIAS : CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR A DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS O CERTIFICAR EPXERIENCIA EN UCI MAYOR A DOS AÑOS ∘ AUXILIAR DE ENFERMERÍA UCI CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR DE DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE INTENSIVO ADULTOS O CERTIFICAR EXPERIENCIA EN UCI MAYOR DE DOS AÑOS ∘ TERAPEUTA RESPIRATORIA UCI CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR A DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS A EXCEPCION DE LOS TERAPEUTAS ESPECIALISTA EN MEDICINA CRITICA O CERTIFICAR EXPERIENCIA EN UCI MAYOR A DOS AÑOS ∘ ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS ∘ ESPECIALISTA EN ANESTESIA, ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS ∘ ESPECIALISTA EN CIRUGÍA, ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS	
16. CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL EMITIDO POR UNA IPS HABILITADA PARA ESTE FIN (VIGENTE)	✓
17. CERTIFICADO DE EXPERIENCIA DE LA ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR (CERTIFICACIÓN LABORAL) VIGENTE	✓
18 .FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA AMPLIADA AL 150%	
19. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR OBLIGATORIA PARA MENORES DE 50 AÑOS	
20. CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL SE SEGURIDAD SOCIAL EN PENSION y SALUD COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE (NO SE RECIBE PLANILLA DE PAGO SI ESTA AFILIADO COMO DEPENDIENTE DEBE PRESENTAR EL FORMULARIO DE AFILIACION COMO INDEPENDIENTE DEBIDAMENTE RADICADO) (Si es pensionado autoliquidación salud)	✓
21. CERTIFICACION BANCARIA (**Si no tiene cuenta se le entregará una orden de apertura de cuenta).**	
22. RUT EXPEDIDO O ACTUALIZADO A PARTIR DEL AÑO 2013	
23 SI ESTA AFILIADO ACTUALMENTE A UNA ARL, INFORMAR POR ESCRITO A CUAL. PRESENTAR CARTA DE AUTORIZACION PARA AFILIACION A LA ARL ESTE O NO AFILIADO A UNA EN LA ACTUALIDAD	∘
24. CERTIFICADO CONOCIMIENTOS GENERAL DE LA ENTIDAD	
25. CD DEBIDAMENTE MARCADO CON TODOS LOS DOCUMENTOS ESCANEADOS Y ORDENADOS.	

NOTA: NO SE DARA INICIO A CONTRATO ALGUNO MIENTRAS LA DOCUMENTACIÓN SE ENCUENTRE INCOMPLETA

base= 1'524.240 Luz Andes Silva T.T
1129-2018

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO ASISTENCIAL	CODIGO: AP-TH-F-41-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 23/01/2018

FECHA DE SOLICITUD:	ENERO 25 DE 2018	**TIPO:**	ASISTENCIAL
UNIDAD:	USS SUBA	**SERVICIO:**	HOSPITALIZACION GINECOLOGIA

PERFIL REQUERIDO					
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
VALOR HORA:	8468	NUMERO DE HORAS:		186	
PONDERADORES	SERVICIO DONDE PRESTA LA ATENCION			EXPERIENCIA	
	OFERTA DISPONIBLE EN EL MERCADO			LIDER - REFERENTE	
VALOR TOTAL:	$ 1.575.048	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS			
ESTUDIOS:	1. Título Técnico Auxiliar de enfermería 2. Resolución de Inscripción en la Secretaria Distrital de Salud 3. Curso Soporte Vital Básico 4. Curso Atencion a Victimas de Violencia Sexual				
EXPERIENCIA:	1 Año de Experiencia				

JUSTIFICACIÓN

Garantizar la prestación de servicio de salud en los servicios de Urgencias, Hospitalizaciones, Posquirúrgicos y Quirúrgicos de la Subred Norte ESE.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.
2. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.
3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.
4. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.
5. Adherirse a las Politicas, guias de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.
7. Cumplir y vigilar la adherencia a la técnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.
8. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. .
9. Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia en los casos en que se requiera.
10. Realizar la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de Subredes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.
11. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.
12. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.
13. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guias, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.
14. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato
15. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.
16. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.
17. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.
18. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.
19. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.
20. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.
21. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.
22. Garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio
23. Responder proactivamente las quejas, reclamos y sugerencias que le sean colocadas por parte de los usuarios aplicando los correctivos necesarios para el mejoramiento.
24. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, fa4milia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte.
25. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.

CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DEL PERSONAL

Una vez verificada la disponibilidad de personal de planta para atender la solicitud presentada por la Directora Servicios Hospitalarios, se certifica que no existe personal suficiente en la Planta de Personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la actividad de Auxiliar de Enfermeria desarrollando actividades de prestación de servicio de salud.
Vo. Bo. DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

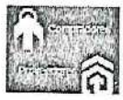
CONDICIONES DEL CONTRATO (SOLICITUD DEL CONTRATO)	
Contratista:	
Documento de Identidad:	
Supervisor:	Rossy Yaneth Peña Garcia
Plazo de Ejecución:	Tres (3) meses

FIRMA	FIRMA
REFERENTE DEL ÁREA: **ROSSY YANETH PEÑA GARCIA** ENFERMERIA / USS SUBA	Vo. Bo. **NANCY STELLA TABARES RAMIREZ** SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
REVISO: **CLARA YOLANDA PRADA GIL** DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS	RECIBIDO OFICINA CONTRATACIÓN: FIRMA : FECHA:
YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ **GERENTE**	

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general



Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	LUZ ANDREA SILVA
Nombre abreviado	LUZ ANDREA SILVA
Fecha de incorporación	6 días de tiempo transcurrido *(21/12/2017 06:32 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
NIT	52786667
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	CLL120B# 100 15
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	
Código postal	
Teléfono de oficina	3123846477
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	andrea1019silva@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	andrea1019silva@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3123846477
Fax	
Correo electrónico	andrea1019silva@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Ver Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Editar datos resumen | Editar datos completos

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

1

Colombia Compra Eficiente

FORMATO DE CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Capacidad financiera

Escriba el resultado de los siguientes indicadores:

Índice de Liquidez: activo corriente/pasivo corriente = _____.

Índice de endeudamiento: pasivo total/activo total=_____.

Razón de cobertura de intereses: utilidad operacional/gastos de intereses=_____.

Capacidad organizacional

Escriba el resultado de los siguientes indicadores:

Rentabilidad del patrimonio: utilidad operacional/patrimonio=_____.

Rentabilidad del activo: utilidad operacional/activo total=_____.

Si usted es Proveedor persona jurídica incluya la firma, nombre y documento de identificación del representante legal o el revisor fiscal. Marque con una "X" para indicar si es el representante o el revisor fiscal.

Firma: _____

Nombre: _____

Revisor fiscal _____ Representante legal___

Documento de identificación: _____

Si usted es Proveedor personal natural incluya la firma de un contador público

Firma: Luz Angela Silva Martinez

Nombre: Luz Angela

Documento de identificación: 52.785.667 Bta.

© GOBIERNO DE COLOMBIA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Tel. (+57 1) 795 6600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia
www.colombiacompra.gov.co

3

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85101500	Contratista como Auxiliar de Enfermería	11-11-2014	15-01-2018	20'478.120	Singular	publico	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ, identificada como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 26 del mes de diciembre de 2017

Luz Andrea Silva Martinez

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Documento de Identidad: 52.786.667 de Bogotá

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

CARRERA 92 No. 80 C - 71

TEL 6040141

CELULAR 3123846477

PERFIL PROFESIONAL

Manejo y aplicación de competencias, donde se puedan aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación de educación superior y los adquiridos en la universidad dentro de mi carrera.

FORTALEZAS LABORALES

Honestidad, capacidad de servicio, responsabilidad, dinámica de actualización, manejo de situaciones en la vida cotidiana, compromiso, trabajo cooperativo, dedicación, exigencia, idoneidad, calidez, amabilidad, respeto y colaboración fomentando liderazgo.

FORMACIÓN PROFESIONAL

TECNIDENT
Auxiliar de Enfermería
Diciembre 2000, Bogotá

EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL DE SUBA

Auxiliar de Enfermeria *(hospitalización Ginecología y hospitalización Cirugía)*
11 de noviembre de 2014- 30 de abril de 2017

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

REFERENCIAS LABORALES

JENNIFER GARZON SALAMANCA
Enfermera Especializada

Lucero Sandoval Zamora
Enfermera Especializada
Cel: 3203535858

REFERENCIAS PERSONALES

José Alfonso Silva Granados
Técnico Judicial
Cel. 3134437238

Mónica Silva Martínez
Independiente
Cel. 3144820881

Tania López
Docente
Cel.: 3134835658

Paula Díaz Moncada
Jefe Enfermería
Cel. 33105646758

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
C.C 52.786.667 de Bogotá

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SIDEAP

Última Actualización: 26-dic-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SILVA	MARTINEZ	LUZ ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52786667

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES NOV AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 92 80C - 71

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C. TELEFONO 6040141

EMAIL andrea1019silva@gmail.com

2 FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller comercial
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1996
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2000	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SUBA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* andrea1019silva@gmail.com
TELÉFONOS 3123846477	*FECHA DE INGRESO* DIA 11 MES 11 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* ginecologia		*DIRECCIÓN* Cra 104 152

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SIDEAP

Última Actualización: 26-dic-2017

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52786667 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CRA 92 8OC - 71 **Teléfonos** 3123846477 6040141

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANDRES FELIPE ROZO SILVA	1010014307	HIJO(A)
NATALY LORENA ROZO SILVA	1031805282	HIJO(A)
JHOJAN SAMUEL ROZO SILVA	1016965138	HIJO(A)
ROSALBA MARTINEZ CARDENAS	51553784	MADRE
JOSE ALFONSO SILVA GRANADOS	19366623	PADRE
RUBEN ALEXÁNDER ROZO	80030606	COMPAÑERO PERMANENTE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1.510.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008580257122	QUIRIGUA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	PRESTAMO	$ 3.000.000,00

10

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SIDEAP

Última Actualización: 26-dic-2017

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⊗ **NO** ○ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
RUBEN ALEXANDER ROZO	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	80030606

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luz Andrea Silva Martinez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 26-dic-2017

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-dic-2017

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

12

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 103251208

WEB
07:23:55

Bogotá DC, 22 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52786667:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1982925

Bogotá D.C., 28 de Diciembre de 2017 - 15:40 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ ANDREA SILVIA MARTINEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

52786667

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_EL498_4015
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 28 de diciembre de 2017, a las 15:37:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52786667
Código de Verificación	52786667171228153751

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

15

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/12/2017 a las 15:39:24 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 72786667
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Todos los derechos reservados 2011.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

Fecha de Expedición 10-12-2003

SILVA MARTINEZ

LUZ ANDREA

CC 52786667

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Andrea Silva M

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Pedagógico Santander

Diurno

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución Nº 003256 del 17 de Octubre de 1.989,
Expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C.

Confiere a

Luz Andrea Silva Martínez

Identificado (a) con T.I Nº 79115-07975 Expedida en Engativá Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica según los planes y programas vigentes.

INSTITUTO PEDAGÓGICO SANTANDER
VIRTUD PROGRESO CIENCIA 1914

Rector (a)

Secretario (a)

Anotado en el Libro del Colegio Nº I Folio Nº 81-226

Nota: No se Requiere Registro Según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 30 de Noviembre de 1994

INSTITUTO PEDAGÓGICO SANTANDER

CARRERA 93 # 79-58 — DIRECCION
2241467 — TELEFONO

JORNADA DIURNA — INSCRIPCION S.E 1805
31100111317 — INSCRIPCION DANE

Acta de Grado

En la ciudad de STAFE DE BTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE del año 96 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del INSTITUTO PEDAGOGICO SANTANDER

Institución aprobada hasta GRADO ONCE en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA D.C.

para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA

según resolución No. 003256 del 17 de OCTUBRE de 19 89

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA T.791115-07975 ENGATIVA - BGTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 20 de fecha NOV 30 DE 1996 que consta de 250 alumnos que comienza con el nombre de ACERO MARTINEZ FRANK IBAR y cierra con el nombre de ZIPAMOCHA CAMARGO SANDRA LILIANA

Firmado y sellado por JOSE RAMON TORRES LADINO rector(a) y ASTRID GOMEZ DE TORRES Secretario(a)

Dada en SANTAFE DE BOGOTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE de 1.99 6

Firmado y Sellado

Rector(a)

C.C. No. 3015113 DE FOMEQUE CUND

Secretario(a)

C.C. No. 41521088 BOGOTA

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

y en su nombre

TECNIDENT

AREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 6178 del día 1o. de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta que:

Luz Andrea Silva Martínez

Con C.C. No. 52.786.667 expedida en Santafé de Bogotá, D.C.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los 7 días del mes de Diciembre del 2000

Director General

Director Académico

Secretario

Registrado al Folio 32.1072 del libro de Certificados

10

TECNIDENT
AREAS DE LA SALUD

Las profesiones del presente
que aseguran su futuro

CERTIFICACION DE GRADO

LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNIDENT CON AUTORIZACION OFICIAL, MEDIANTE RESOLUCION No. 6178 del 1o. de Noviembre de 1996, EMANADA DE LA S. E. D. C. y ACUERDOS EJECUTIVOS DE MINSALUD No. 003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1996

*En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil (2000), se realizó la ceremonia de culminación de estudios, presidida por el señor DIRECTOR GENERAL, al Alumno (a): **LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 52.786.667 de Santafé de Bogotá, D.C., de acuerdo al Reglamento Estudiantil de TECNIDENT, se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:*

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Se expide la presente en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil (2000)

Atentamente,

CARLOS ORLANDO FERREIRA PINZON
Director General

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 10836 *de* 05/12/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA Identificado(a) con CC número 52786667 expedida en SANATFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNIDENT el día 07/12/2000 y registrado en el libro 1072 Folio 32 año 2000
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA identificado(a) con CC número 52786667 expedida en SANATFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05/12/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios .

VTS

Bogotá, D.C 18-12-03
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) ANDREA SILVA MARTINEZ
CC. # 52'786.667
Firma Andrea Silva M.

BOGOTÁ PARA VIVIR

12

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52786667

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

24

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Aprobación Oficial Según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 003945 del 10 de Diciembre de 2012 de la Secretaría de Educación de Cundinamarca

Nit.: 900.790.014-6

CERTIFICA QUE:

Luz Andrea Silva Martínez

D.I. No. 52.786.667

Asistió al Curso Taller:

Soporte Vital Básico SVB (BLS)

"Abordaje al Paciente con parada Cardiorespiratoria"

Dado en Bogotá D.C. el día 17 de Diciembre de 2017, con una duración de 20 horas

BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL (CNR:)Y DE LOS COMITES INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR 2015-2020, DE ACUERDO LO QUE EXIGE LA RESOLUCIÓN 1043 DEL MIN-PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653

Dr.: ALEJANDRO SOLANO
INSTRUCTOR BLS-ACLS
R.M. 1030638106

ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA ACADEMICA
CND.: 25228-352692

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Aprobación Oficial Según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012 de la Secretaria de Educación de Cundinamarca

Certifica que:

Luz Andrea Silva Martinez

Identificado(a) con D.I. No. 52.786.667

Asistió al curso de:

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El día 17 de Diciembre del año 2017 con una intensidad de 40 horas

Dra.: Martha Bibiana Peraza Castillo
Directora General
R.M. 118653

Dr. Victor Manuel Peraza Castillo
Abogado Instructor
T.P. 18553 del C.S.J

Ing.: Leidy Andrea Cañon
Coordinadora Academica
Cnd.: 25228-352692

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INFORMACION GENERAL

EMPRESA HOSPITAL DE SUBA SUBRED NORTE. FECHA 18-12-2017.

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POSOCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIODICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ CC 52'786669 BTA.

EDAD 37 SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUX. ENFERMERIA

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL [X]

OPTOMETRIA/VISIOMETRA ☐

AUDIOMETRIA ☐

ESPIROMETRIA ☐

EXAMENES DE LABORATORIO ☐

CUALES _____

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO [X] MOTIVO _____

NO APTO ☐ MOTIVO _____

OBSERVACIONES _____

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI [X] NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO [X]

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO [X] Cual _____

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VALORACION POR MEDICINA OCUPACIONAL, CONTROL AUDIOMETRICO, USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA, CONTROL OPTOMETRICO PERIODICO, USO DE LENTES, CONTROL DE TENSION ARTERIAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, EVITAR POSTURAS PROLONGADAS, USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA

Andrea Silva Martinez

FIRMA DEL PACIENTE

C.C 52'786.669 BTA.

Eulices Ortiz Rodriguez
R.S.A. 16492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Resolucion 00 68

DR EULICES ORTIZ RODRIGUEZ (MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL)

SEDE: Kra 4 Este # 95 – 26 Cel.: 3102170700 – 3176473117

27

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1979
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

14-ENE-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209538-F-0052786667-20100118 0020062796A 1 1270603160

ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.786.667
SILVA MARTINEZ
APELLIDOS
LUZ ANDREA
NOMBRES

Andrea Silva Martinez
FIRMA

78

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con CC 52786667 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**31/12/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de Diciembre del año 2017.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

MARTHA LUCIA BARBOSA OJEDA
CONSULTOR INTEGRAL SENIOR
EPS FAMISANAR LTDA.

CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar EPS

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 52786667

CATEGORÍA
A

DATOS DEL AFILIADO
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA CC 52786667

TIPO DE AFILIADO
Cotizante

IPS PRIMARIA
CAFAM: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

DISCAPACIDAD

URGENCIAS HASTA
****

FECHA AFILIACIÓN
31/12/2014

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	**SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/CPS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-29-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 28/03/2018

Fecha de Solicitud: d/m/a	**28 DE JUNIO 2018**	**Fecha de Recepción: d/m/a**	

ADICIÓN [x] [ ] ***OTRO (*)*** [ ]

VALOR	$1,524,240	**TIEMPO**	

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	1129/2018	**CONTRATISTA:**	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	**CDP**	**FECHA CDP**	**CRP**	**FECHA CRP**
$4,674,336	295	01/02/2018	11602	01/02/2018

FECHA INICIO	12:00:00 AM	**FECHA TERMINACIÓN**	30 DE ABRIL 2018

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se Solicita Adición para el mes de junio por valor de $1,524,240 AL CONTRATO No 1129 /2018, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

SE REQUIERE ADICION para el mes de Junio EL CONTRATO No 1129 /2018 Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	**VALOR ADICIONADO**	**CDP**	**FECHA CDP**	**CRP**	**FECHA CRP**
1	$ 1575048	953	4/30/2018	17142	4/30/2018

PRORROGAS	**TIEMPO PRORROGADO**	**REINTEGROS**	**VALOR REINTEGRADO**
Prorroga No 1	01 DE MAYO AL 31 DE JULIO		

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$6,351,000
VALOR. EJECUTADO	$6,300,192
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 50,808
% EJECUCIÓN	100%

firmas	**DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	**DRA CLARA YOLANDA PRADA GIL**
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	**DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ**
	Firma Gerente:	**DRA. YONNY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**

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 DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

162

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVAMARTINEZ LUZ ANDREA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52,786,667	
CORREO ELECTRÓNICO:	yas.mina06@hotmail.com				CELULAR:	3123846477	
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
SERVICIO:	Hospitalización				SEDE:	SUBA	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	B01	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	451800104170	PENSIONADO	No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	01/02/2018	**NÚMERO DE CRP 1**	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	30/04/2018	**NÚMERO DE CRP 2**	17142	FECHA	30/04/2018
NÚMERO DE CDP 3		FECHA		**NÚMERO DE CRP 3**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		**NÚMERO DE CRP 4**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		**NÚMERO DE CRP 5**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		**NÚMERO DE CRP 6**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		**NÚMERO DE CRP 7**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		**NÚMERO DE CRP 8**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		**NÚMERO DE CRP 9**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		**NÚMERO DE CRP 10**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		**NÚMERO DE CRP 11**		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		**NÚMERO DE CRP 12**		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ASISTENCIAL, ENFERMERO AUXILIAR								
PERIODO CERTIFICADO: JUNIO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	6	2018		30	6	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CERO CUARENTA Y OCHO PESOS							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7,875,240
VALOR EJECUTADO	$7,875,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,575,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8480208359	781242	$97,655	$124,999	3	$19,031	**$241,685**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de (06) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
Directora de Servicios Hospitalarios

LUZ ANDREA SILVA MARTÍNEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO:					UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 1129/2018	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	06	2018	30	6	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILV MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clínica.
• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en los listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1´575.048 (Un Millón Quinientos Setenta y Cinco Cero Cuarenta y Ocho Pesos

CLARA YOLANDA PRADA GIL **DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ **SILV MARTINEZ LUZ ANDREA** C.C N **52786667**

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	8480208359	8480208359	I	2018/06/19	2018/06/19	BANCO BOGOTA	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

2018/06/19 11:05 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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	8480208359	8480208359	I	2018/06/19	2018/06/19	BANCO BOGOTA	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/06/19 11:05 AM

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/CPS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-29-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 28/03/2018

Fecha de Solicitud: d/m/a	27 DE JULIO 2018	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN	x		x	OTRO (*)	

VALOR	$1.514.412	TIEMPO	DOS(2) MESES agosto y septiembre

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	1129/2018	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$4.674.336	295	01/02/2018	11602	01/02/2018

FECHA INICIO	01 DE FEBRERO 2018	FECHA TERMINACIÓN	30 DE ABRIL 2018

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Solicita Adición para el mes de Julio Y Prorroga por dos (2) meses (agosto y septiembre) por valor de $1.514.412 AL CONTRATO No 1129 /2018, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se requiere ADICION para el mes de Julio y prorroga por dos (2) meses (agosto y septiembre) EL CONTRATO No 1129 /2018 Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
1	$ 1575048	953	4/30/2018	17142	4/30/2018
2	1676664	1283	6/26/2018	23807	6/26/2018

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1	01 DE MAYO AL 31 DE JULIO		

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$9,433,352
VALOR. EJECUTADO	$9,433,352
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 0
% EJECUCIÓN	100%

firmas	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS (E)	DRA DANIEL BLANCO SANTAMARIA
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

OTROSÍ N° 3 PRORROGA Y ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1129 -2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **1129 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1129 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se adiciono la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.676.664)** y se prorrogo por un término de **tres (3) meses;** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el **31 de julio de 2018;** en **OTROSI No 2** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **dos (2) meses. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **dos (2) meses** desde **01 de agosto de 2018** y hasta el **30 de septiembre de 2018**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE ($1.558.112).** **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia del presente Otrosí el valor del contrato No. **1129 de 2018**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE ($9.433.352).** **CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del presente Otrosí, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 1613 del 27 de julio de 2018, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 27 de julio de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'186.667 Bta.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

AREA Y/O SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				UNIDAD:	SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129/2018	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	07	2018	31	7	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

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

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	100%	Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las	Registro de actividades en la

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 DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52.786.667						
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477						
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS											
SERVICIO:	Ginecologia y Obstetricia				SEDE:	SUBA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	c10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008580257122								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6
NÚMERO DE CDP 1	953	FECHA 30/04/2018	NÚMERO DE CRP 1	17142	FECHA	30/04/2018
NÚMERO DE CDP 2	1283	FECHA 26/06/2018	NÚMERO DE CRP 2	23803	FECHA	26/06/2018
NÚMERO DE CDP 3	295	FECHA 01/02/2018	NÚMERO DE CRP 3	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 4		FECHA	NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA	NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA	NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA	NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA	NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA	NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA	NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA	NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA	NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ASISTENACIAL - ENFERMERO(A)							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	7	2018		31	7	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1.575.048	un millon quinientos setenta i cinco cero cuarentai ocho						
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.450.288
VALOR EJECUTADO	$9.433.352
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.112
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	184
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$16.936
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: el contratista cumplio con lo estipúlado en el contrato durante el mes de julio 2018.

Se verifica el cumplimiento delmínimovalor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes julio. Los honorarios inferiores a $1.953.104, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8481383501	781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá a los(31)días del mes de(07)del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

D Blanco S

Daniel Blanco Santamaria

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	8481383501	8481383501	1	2018/07/17	2018/07/19	BANCO BOGOTA	2	$258,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
1	CC 52786667	SILVA LUZ	Z30201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$15,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/07/19 10:53 AM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**MINUTA DE OTROSÍ DE CPS**	CÓDIGO: AJ-F-07-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA 1 DE 1
		FECHA: 22/02/2017

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	**SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/CPS**	CÓDIGO: AP-CT-F-29-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 28/03/2018

Fecha de Solicitud: d/m/a	**24 DE AGOSTO 2018**	**Fecha de Recepción: d/m/a**	

ADICIÓN [x] [ ] ***OTRO (*)*** [ ]

VALOR	$ 1,575,048	**TIEMPO**	

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	1129/2018	**CONTRATISTA:**	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.		

VALOR INICIAL	**CDP**	**FECHA CDP**	**CRP**	**FECHA CRP**
$4,674,336	295	01/02/2018	11602	01/02/2018

FECHA INICIO	01 DE FEBRERO 2018	**FECHA TERMINACIÓN**	30 DE ABRIL 2018

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se solicita Adición para el mes de agosto por valor de $ 1,575,048 AL CONTRATO No 1129 /2018, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se requiere ADICION para el mes de Agosto EL CONTRATO No 1129 /2018 Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	**VALOR ADICIONADO**	**CDP**	**FECHA CDP**	**CRP**	**FECHA CRP**
1	$ 1575048	953	4/30/2018	17142	4/30/2018
2	1676664	1283	6/26/2018	23807	6/26/2018

PRORROGAS	**TIEMPO PRORROGADO**	**REINTEGROS**	**VALOR REINTEGRADO**
Prorroga No 1	01 DE MAYO AL 31 DE JULIO		
Prorroga No 2	01 DE AGOSTO AL 30 DE SEPTIEMBRE		

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$ 11,008,400
VALOR. EJECUTADO	$ 11,008,400
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 0
% EJECUCIÓN	100%

firmas	**DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	**DRA CLARA YOLANDA PRADA GIL**
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	**DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ**
	Firma Gerente:	**DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52,786,667						
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477						
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS											
SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				SEDE:	Suba						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	C10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008580257122								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129 de 2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	01/02/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	30/04/2018	NÚMERO DE CRP 2	17142	FECHA	30/04/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP 3	23807	FECHA	26/06/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP 4	27978	FECHA	27/07/2018
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	8	2018		31	8	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,575,048	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO CERO CUARENTA Y OCHO M/CTE							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 11,008,400
VALOR EJECUTADO	$ 11,008,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	1,575,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: El contratista cumplió con lo estipulado en el contrato durante el mes de agosto de 2018

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8482416772	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de agosto del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREA Y/O SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129 /2018	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	08	2018	31	08	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clínica.
• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos. de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros. diligenciamiento de historia clínica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en las listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1.575.048 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO CERO CUARENTA Y OCHO M/CTE

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C N 52786667

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	8482416772	8482416772	I	2018/08/16	2018/08/21	BANCO BOGOTA	5	$258,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/08/21 10:40 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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	8482416772	8482416772	I	2018/08/16	2018/08/21	BANCO BOGOTA	5	$258,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$500	$0	$125,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$500	$0	$125,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$100	$0	$19,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$100	$0	$15,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$100	$0	$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$400	$0	$98,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$400	$0	$98,100
TOTAL				1	$257,500	$1,100	$0	$258,600

PAGADO

OTROSÍ No 5 ADICIÓN Y PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1129 -2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo No 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución No 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSÍ al Contrato de Prestación de Servicios No **1129 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1129 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que al contrato inicial en **OTROSÍ No 1** se adiciono la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.676.664)** y se prorrogo por un término de **tres (3) meses;** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el 31 **de julio de 2018;** en **OTROSÍ No 2** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240);** en **OTROSÍ No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE ($1.558.112)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de agosto de 2018** y hasta el **30 de septiembre de 2018;** en **OTROSÍ No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **dos (2) meses. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048). CLÁUSULA SEGUNDA:** PRORRÓGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **dos (2) meses** desde **01 de octubre de 2018** y hasta el **30 de noviembre de 2018**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia del presente Otrosí el valor del contrato No. **1129 de 2018,** para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **DOCE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($12.583.448). CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del presente Otrosí, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 1985 del 24 de septiembre de 2018, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 24 de septiembre de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667 Bta
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

2554

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
Subred ESE		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52788667	
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477	
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
SERVICIO:	Ginecologia y Obstetricia				SEDE:	Suba	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	C10	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570085802571 22	PENSIONADO	No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	02/01/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	02/01/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	04/30/2018	NÚMERO DE CRP 2	17142	FECHA	04/30/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	FECHA	06/26/2018	NÚMERO DE CRP 3	23807	FECHA	06/26/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	FECHA	07/27/2018	NÚMERO DE CRP 4	27978	FECHA	06/27/2018
NÚMERO DE CDP 5	1771	FECHA	08/24/2018	NÚMERO DE CRP 5	32754	FECHA	08/24/2018
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar de Enfermeria, para la prestacion de los servicios de hospitalizacion, quirofanos y urgencias, en los puntos de atencion habilitados en la unidad de servicios de salud Suba.								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	9	2018		30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048	Un millon quinientos setenta y cinco mil cuarenta y ocho pesos							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%				$0			

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.583.448
VALOR EJECUTADO	$12.583,448
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.575,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE (09) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREA Y/O SERVICIO: SALA DE PARTOS					UNIDAD:			SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129/2018	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año			
DOCUMENTO: 52786667		01	09	2018	30	9	2018			

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clínica.
• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en los listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1.575.048 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CERO CUARENTA Y OCHO PESOS

CLARA YOLANDA PLADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIO
30 DE SEPTIEMBRE DEL 2018

Luz Andrea Silva Martinez
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
C.C 52786667

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	MINUTA DE OTROSÍ DE CPS	CÓDIGO: AJ-F-07-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA 1 DE 1
		FECHA: 22/02/2017

OTROSÍ No 6 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1129 -2018

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/CPS	CÓDIGO: AP-CT-F-29-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 28/03/2018

Fecha de Solicitud: d/m/a	30 DE OCTUBRE 2018	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN	x			OTRO (*)	

VALOR	$1.575.048	TIEMPO	

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	1129/2018	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$4,674,336	295	01/02/2018	11602	01/02/2018

FECHA INICIO	12:00:00 AM	FECHA TERMINACIÓN	30 DE ABRIL 2018

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se requiere ADICION por valor de $ $1,575,048 para el mes de Octubre, EL CONTRATO No 1129/2018, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se requiere ADICION para el mes de Octubre, Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
1	1575048	953	4/30/2018	17142	4/30/2018
2	1676664	1283	6/26/2018	23807	6/26/2018
3	1524240	1613	7/27/2018	27978	7/27/2018
4	1514412	1771	8/24/2018	32754	8/24/2018
5	1575048	1985	9/20/2018	37091	9/20/2018
6	1575048				
7					

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1	01 DE MAYO AL 31 DE JULIO		
Prorroga No 2	01 DE AGOSTO AL 31 DE SEPTIEMBRE		
	01 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE		

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$ 12,583,448
VALOR. EJECUTADO	$ 12,583,448
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	0
% EJECUCIÓN	100%

firmas		
	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	DRA CLARA YOLANDA PRADA GIL
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

342

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-18-05
Norte E.S.E		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52786667	
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477	
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
SERVICIO:	Ginecologia y Obstetricia				SEDE:	Suba	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D03	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570085802571 22	PENSIONADO	No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	02/01/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	02/01/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	04/30/2018	NÚMERO DE CRP 2	17142	FECHA	04/30/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	FECHA	06/26/2018	NÚMERO DE CRP 3	23807	FECHA	06/26/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	FECHA	07/27/2018	NÚMERO DE CRP 4	27978	FECHA	06/27/2018
NÚMERO DE CDP 5	1771	FECHA	08/24/2018	NÚMERO DE CRP 5	32754	FECHA	08/24/2018
NÚMERO DE CDP 6	1985	FECHA	09/20/2018	NÚMERO DE CRP 6	37091	FECHA	09/20/2018
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	**Auxiliar de Enfermeria, para la prestacion de los servicios de hospitalizacion, quirofanos y urgencias, en los puntos de atencion habilitados en la unidad de servicios de salud Suba.**

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	10	2018		31	10	2018

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048	Un millon quinientos setenta y cinco mil cuarenta y ocho pesos	
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VÁLOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.158.496
VALOR EJECUTADO	$14.158.496
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.575.048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: El contratista cumplio con lo estipulado en el contrato durante el mes de octubre 2018

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8483496010	781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de OCTUBRE (10) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION GINECOLOGIA					UNIDAD:	SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129 /2018	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO: 52.786.667		01	10	2018	31	10	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
. Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	100%	. Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	Registro de actividades en la historia clínica.
2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	100%	2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100%	3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100%	4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	100%	5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
6. Traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	100%	6. Traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100%	7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Registro en la plataforma institucional.
8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100%	8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Registro en las notas de enfermería y libros.
9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	100%	9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	100%	10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	Registro en los listados de asistencia.
11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100%	11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Presentación personal excelente.
12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100%	12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100%	13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100%	14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	100%	16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1.575.048 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

CLARA YSABEL PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS
FECHA 31 DE octubre 2018

Luz Andrea Silva Martinez
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ 52786667

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	8483496010	8483496010	I	2018/10/16	2018/10/09	BANCO BOGOTA	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	8483496010	8483496010	I	2018/10/16	2018/10/09	BANCO BOGOTA	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/10/09 07:39 AM

OTROSÍ N° 7 PRORROGA Y ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1129 -2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **1129 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1129 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se adiciono la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.676.664)** y se prorrogo por un término de **tres (3) meses;** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el **31 de julio de 2018;** en **OTROSI No 2** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240)**; en **OTROSI No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE ($1.558.112)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de agosto de 2018** y hasta el **30 de septiembre de 2018;** en **OTROSI No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048)**; en **OTROSI No 5** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de octubre de 2018** y hasta el **30 de noviembre de 2018;** en **OTROSI No 6** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **Un (1) mes y quince (15) dias. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORRÓGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **Un (1) mes y quince (15) dias** desde **01 de diciembre de 2018** y hasta el **15 de enero de 2019**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048). CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia del presente Otrosí el valor del contrato No. **1129 de 2018**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **QUINCE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($15.733.544). CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del presente Otrosí, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2391 del 29 de noviembre de 2018, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 29 de noviembre de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786667 BTA
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	
Aprobado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	

215

Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-18-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52786667	
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmaill.com				CELULAR:	3123846477	
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
SERVICIO:	Ginecologia y Obstetricia				SEDE:	Suba	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D03	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	57008580257122	PENSIONADO	No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO		8 de 8	
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	02/01/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	02/01/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	04/30/2018	NÚMERO DE CRP 2	17142	FECHA	04/30/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	FECHA	06/26/2018	NÚMERO DE CRP 3	23807	FECHA	06/26/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	FECHA	07/27/2018	NÚMERO DE CRP 4	27978	FECHA	06/27/2018
NÚMERO DE CDP 5	1771	FECHA	08/24/2018	NÚMERO DE CRP 5	32754	FECHA	08/24/2018
NÚMERO DE CDP 6	1985	FECHA	09/20/2018	NÚMERO DE CRP 6	37091	FECHA	09/20/2018
NÚMERO DE CDP 7	2242	FECHA	10/30/2018	NÚMERO DE CRP 7	42174	FECHA	10/30/2018
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar de Enfermeria, para la prestacion de los servicios de hospitalizacion, quirofanos y urgencias, en los puntos de atencion habilitados en la unidad de servicios de salud Suba.								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	11	2018		30	11	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048	Un millon quinientos setenta y cinco mil cuarenta y ocho pesos							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%				$0			

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.733.544
VALOR EJECUTADO	$15.733.544
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.575.048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018

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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8484723846	781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá a los (30) dias del mes de NOVIEMBRE (11) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
	VERSION: 1
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
	FECHA: 18/01/2017

AREA Y/O SERVICIO: hospitalización ginecologia — **UNIDAD:** — **SUBA**

No. DE CONTRATO: 1129/2018

DOCUMENTO 52786667

Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
	01	11	2018	30	11	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

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

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clínica.
• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública asi como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública asi como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en los listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

TOTAL A PAGAR 1.575.048 $ UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CERO CUARENTA Y OCHO PESOS

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
C.C 52786667
AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 52756667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	1000002380	848472846	I	2018/11/19	2018/11/19	BANCO BOGOTA	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

2018/11/19 03:32 PM

OTROSÍ N° 8 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1129-2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,** Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSÍ al Contrato de Prestación de Servicios N° **1129 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1129 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que al contrato inicial en **OTROSÍ No 1,** se adiciono la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.676.664)** y se prorrogo por un término de **tres (3) meses;** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el **31 de julio de 2018;** en **OTROSÍ No 2** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240);** en **OTROSÍ No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE ($1.558.112)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de agosto de 2018** y hasta el **30 de septiembre de 2018;** en **OTROSÍ No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048);** en **OTROSÍ No 5** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de octubre de 2018** y hasta el **30 de noviembre de 2018;** en **OTROSÍ No 6** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048);** en **OTROSÍ No 7** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048)** y se prorrogo por un término de **Un (1) mes y quince (15) dias;** desde **01 de diciembre de 2018** y hasta el **15 de enero de 2019**. Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($866.000).** **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **1129 de 2018**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($16.599.544).** **CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2715 del 26 de diciembre de 2018, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 26 de diciembre de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52186667 BTA
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	
Aprobado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	

Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CODIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52786667						
CORREO ELECTRÓNICO:												
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS											
SERVICIO:	ENFERMERIA23912391				SEDE:	SUBA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	504	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	DAVIVIENDA								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1129		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11 de 11	
NÚMERO DE CDP 1	295	**FECHA**	2/1/2018	**NÚMERO DE CRP 1**	11602	**FECHA**	2/1/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	**FECHA**	4/30/2018	**NÚMERO DE CRP 2**	17142	**FECHA**	4/30/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	**FECHA**	6/26/2018	**NÚMERO DE CRP 3**	23807	**FECHA**	6/26/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	**FECHA**	7/27/2018	**NÚMERO DE CRP 4**	27978	**FECHA**	7/27/2018
NÚMERO DE CDP 5	1771	**FECHA**	8/24/2018	**NÚMERO DE CRP 5**	32754	**FECHA**	8/24/2018
NÚMERO DE CDP 6	1985	**FECHA**	9/24/2018	**NÚMERO DE CRP 6**	37091	**FECHA**	9/24/2018
NÚMERO DE CDP 7	2242	**FECHA**	10/30/2018	**NÚMERO DE CRP 7**	42174	**FECHA**	10/30/2018
NÚMERO DE CDP 8	2391	**FECHA**	11/29/2018	**NÚMERO DE CRP 8**	45368	**FECHA**	11/29/2018
NÚMERO DE CDP 9		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP 9**		**FECHA**	
NÚMERO DE CDP 10		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP 10**		**FECHA**	
NÚMERO DE CDP 11		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP 11**		**FECHA**	

OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar sus servicios como TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA para el área de Hospitalización y Quirúrgicos**								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				01	12	2018		16	12	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				$0			

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 17308592
VALOR EJECUTADO	$17308592
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$866000
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A UBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: El contratista cumplió con lo estipulado en el contrato durante el mes.

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8485843752	630,019	$ 97,700	$ 125,000	3	$ 19,031	$ 241,731

CIARA YOLANDA PRADA GIL	Luz Andrea Silva.
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA			UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	12	2018	16	12	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ **LUZ ANDREA**

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la **prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO _X___ **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	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.	Cumple con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cuenta a los componentes de habilitación, 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.	cumple desarrollando las estrategias para 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.
3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	100	3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	Da cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	100	5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	Diligencia los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100	6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Da cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100	7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Instruye al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	100	8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	Informa alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100	9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Aplica principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100	10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Aplica los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
11. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	100	11. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	Cumple con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	100	12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Presta un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100	13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Asiste y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100	14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Mantiene una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100	15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Apoya los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100	16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Realiza las actividades, acorde a la programación institucional
17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	100	17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	Realiza el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	Cumple con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	100	19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	Mantiene Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	100%	20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	Realiza las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 866276

Luz Andrea Silva

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC: 52786667

Fecha : ____/____/____

Firma de recibido supervisor: _____

CLARA YOLANDA PRADA GIL

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	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	8485843752	8485843752	I	2018/12/17	2018/12/13	BANCO BOGOTA	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	13201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
Hospital de Suba

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
PLANILLA PROGRAMACION ACTIVIDADES SERVICIO HOSPITALIZACION QUIRURGICA

DIRECCIÓN U OFICINA: ENFERMERIA-HX QUIRURGICA — MES: ene-2019

No	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
			MAR	MIER	JUE	VIE	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.
1		LUZ GELYS SANCHEZ	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
9		JUAN CARLOS RODRIGUEZ MORA	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
11		LEYDY JOHANNA RODRIGUEZ (AUX TT)																														
12		ADRIANA JIMENEZ	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
12		YURANY FORERO MOYA	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
3		JOHAN CASTELLANOS	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
9		STEFANY SALAZAR SOLER (JEFE TT)	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
16		STELLA GUZMAN GARZON (JEFE TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
17		DONARIS MENCO RODRIGUEZ AUX TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
18			T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
1		YEIMMY BERMUDEZ ROMERO (AUX TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
3		JOSE ANDRES CORREAL (CAMILLERO TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
21		DANIELA MIRA MONTES (JEFE NOCHE 1)		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
22		MARIA LUCIA FONSECA AMAYA (AUX NOCHE 1)		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
23		LINA MARIA VICTORIA (CAMBIO DE URGENCIAS)		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
8		ANA LILIA RODRIGUEZ (AUX NOCHE 1)		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
9		OLGA SEGURA (JEFE NOCHE 2)	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
25		LUZ MILA SOTTO (AUX NOCHE 2)	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
27		NOHORA QUIMBAY (AUX NOCHE 2	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
28		DARQUIS GOMEZ (AUX NOCHE 2)	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	

FIRMA DEL REFERENTE DE UNIDAD

NOMBRE DEL REFERENTE	LUISA ALEJANDRA PARDO RICO

CONVENCIONES NOVEDADES		
	MAÑANA	M
	TARDE	T
	NOCHE	N
	DIA	D
	INCAPACIDAD	I

SubredESE	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CODIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:							SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA						
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.				52786667			
CORREO ELECTRÓNICO:													
PROCESO:		DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS											
SERVICIO:		ENFERMERIA				SEDE:				SUBA			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		Centro de costo	%	Centro de costo	%
	504	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						8580257122			PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1129		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11
NÚMERO DE CDP 1	295	**FECHA**	2/1/2018	**NÚMERO DE CRP 1**	11602	**FECHA**	2/1/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	**FECHA**	4/30/2018	**NÚMERO DE CRP 2**	17142	**FECHA**	4/30/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	**FECHA**	6/26/2018	**NÚMERO DE CRP 3**	23807	**FECHA**	6/26/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	**FECHA**	7/27/2018	**NÚMERO DE CRP 4**	27978	**FECHA**	7/27/2018
NÚMERO DE CDP 5	1771	**FECHA**	8/24/2018	**NÚMERO DE CRP 5**	32754	**FECHA**	8/24/2018
NÚMERO DE CDP 6	1985	**FECHA**	9/24/2018	**NÚMERO DE CRP 6**	37091	**FECHA**	9/24/2018
NÚMERO DE CDP 7	2242	**FECHA**	10/30/2018	**NÚMERO DE CRP 7**	42174	**FECHA**	10/30/2018
NÚMERO DE CDP 8	2391	**FECHA**	11/29/2018	**NÚMERO DE CRP 8**	45368	**FECHA**	11/29/2018
NÚMERO DE CDP 9		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP 9**		**FECHA**	
NÚMERO DE CDP 10		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP 9**		**FECHA**	

OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar sus servicios como TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA para el área de Hospitalización Y Quirúrgicos**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		17	12	2018		31	12	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:									
TIPO DE SERVICIOS	**Asistencial**		RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17308592
VALOR EJECUTADO	$17308592
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$709048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: El contratista cumplió con lo estipulado en el contrato durante el mes.

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

Numero de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
34858143752	$ 630.019	$ 97.700	$ 125.000	3	$ 19.031	$ 241.731

CLARA YOLANDA PRADA GIL	Luz Andrea Silva SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENFERMERIA			UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		16	12	2018	31	12	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO _X___ 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	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.	Cumple con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cuenta a los componentes de habilitación, 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."fl"»	cumple desarrollando las estrategias para 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.
3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	100	3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	Da cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	100	5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	Diligencia los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100	6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Da cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100	7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Instruye al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	100	8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	Informa alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100	9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Aplica principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100	10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Aplica los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
11. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	100	11. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	Cumple con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	100	12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Presta un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100	13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Asiste y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100	14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Mantiene una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100	15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Apoya los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100	16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Realiza las actividades, acorde a la programación institucional
17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	100	17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	Realiza el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	Cumple con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	100	19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	Mantiene Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	100%	20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	Realiza las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 708771

Luz Andrea Silva

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
cc: 52786667

Fecha : _____/_____/_____

Firma de recibido supervisor: _____

CLARA YOLANDA PRADA GIL

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	8485843752	8485843752	I	2018/12/17	2018/12/13	BANCO BOGOTA	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Red Norte E.S.E.
Hospital de Servicios de Salud Suba

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
PLANILLA PROGRAMACION ACTIVIDADES SERVICIO SALAS DE CIRUGIA

DIRECCIÓN U OFICINA: ENFERMERIA-SALAS DE CIRUGIA | MES: ene-2019

No	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
			MAR	MIER	JUE	VIE	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIE.	SÁB.	DOM.	LUN.	MAR.	MIÉ.
1		MONICA LILIANA IBARRA (JEFE TM)	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
9		DANIELA OROZCO TROCHEZ (AUX TM)	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
11		GINNA PEREZ PERZ (AUX TM)	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
12		DANIELA PEÑUELA (AUX TM)	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	D	D	M	M	M	M	M			M	M	M
3		OCHOA GOMEZ CINDY PAOLA (JEFE TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
9		CARLOS ANDRES VEGA (AUX TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
16		BEATRIZ FERNANDEZ LARA (AUX TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
17		DIANA GARZON (AUX TT)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
18		JOSE ANDRES CORREAL (CAMILLERO TARDE)	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T	T	T			T	T	T	T	T	D	D	T	T	T
1		YURI MARCELA SIERRA MARTINEZ (JEFE NOCHE 1)		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
3		JIMENA LOPEZ		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
21		Sánchez Guaqueta Claudia Yaneth (JEFE NOCHE 2)	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
22		CARLOS ANDRES SANCHEZ	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
23		ALEJANDRA ORTIZ (PROGRAMACION CIRUGIA)		8	8	8				8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8

FIRMA DEL REFERENTE DE UNIDAD

NOMBRE DEL REFERENTE:	LUISA ALEJANDRA PARDO RICO

CONVENCIONES NOVEDADES		
	MAÑANA	M
	TARDE	T
	NOCHE	N
	DIA	D
	INCAPACIDAD	I

OTROSÍ N° 9 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1129-2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,** Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSÍ al Contrato de Prestación de Servicios N° **1129 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1129 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que al contrato inicial en **OTROSÍ No 1,** se adiciono la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.676.664)** y se prorrogo por un término de **tres (3) meses;** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el **31 de julio de 2018;** en **OTROSÍ No 2** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240);** en **OTROSÍ No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE ($1.558.112)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de agosto de 2018** y hasta el **30 de septiembre de 2018;** en **OTROSÍ No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048);** en **OTROSÍ No 5** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de octubre de 2018** y hasta el **30 de noviembre de 2018;** en **OTROSÍ No 6** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048);** en **OTROSÍ No 7** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($1.575.048)** y se prorrogo por un término de **Un (1) mes y quince (15) dias;** desde **01 de diciembre de 2018** y hasta el **15 de enero de 2019**; en **OTROSÍ No 8** se adiciono la suma de **OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($866.000).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **SETECIENTOS NUEVE MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($709.048).** **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **1129 de 2018**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($17.308.592).** **CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 3 del 02 de enero de 2019, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 02 de enero de 2019.

YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.669 BTA
CONTRATISTA

263

OTROSÍ No 10 PRORROGA Y ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1130 -2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SOLER ARIAS MARIA YANETH

Entre los suscritos **YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,** Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo No 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución No 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SOLER ARIAS MARIA YANETH,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSÍ al Contrato de Prestación de Servicios No **1130 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1130 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **ENFERMERO (A)** 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($8.272.272).** Que al contrato inicial en **OTROSÍ No 1** se adiciono la suma de **DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($2.967.228)** y se prorrogo por un término de **tres (3) meses;** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el **31 de julio de 2018;** en **OTROSÍ No 2** se adiciono la suma de **DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($2.697.480);** en **OTROSÍ No 3** se adiciono la suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($2.787.396)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de agosto de 2018** y hasta el **30 de septiembre de 2018;** en **OTROSÍ No 4** se adiciono la suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($2.787.396);** en **OTROSÍ No 5** se adiciono la suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($2.787.396)** y se prorrogo por un término de **dos (2) meses;** desde **01 de octubre de 2018** y hasta el **30 de noviembre de 2018;** en **OTROSÍ No 6** se adiciono la suma de **DOS MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.607.564);** en **OTROSÍ No 7** se adiciono la suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($2.787.396)** y se prorrogo por un término de **Un (1) mes y quince (15) dias;** desde **01 de diciembre de 2018** y hasta el **15 de enero de 2019;** en **OTROSÍ No 8** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($1.533.000);** en **OTROSÍ No 9** se adiciono la suma de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.254.396).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **Quince (15) dias. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORRÓGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **Quince (15) dias** desde **16 de enero de 2019** y hasta el **31 de enero de 2019**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($2.787.396).** **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia del presente Otrosí el valor del contrato No. **1130 de 2018,** para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **TREINTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($33.268.920).** **CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del presente Otrosí, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 116 del 16 de enero de 2019, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 15 de enero de 2019.

YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Soler Arias Maria Yaneth
SOLER ARIAS MARIA YANETH
C.C. No. 35505 277
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	
Aprobado por:	Hemilet Cala Celis	Director de Contratación	

25

367

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 DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52786667						
CORREO ELECTRÓNICO:	andrea1019silva@gmaill.com				CELULAR:	3123846477						
PROCESO:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS											
SERVICIO:	Ginecologia y Obstetricia				SEDE:	Suba						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D03	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	57008580257122								PENSIONADO:	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	02/01/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	02/01/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	04/30/2018	NÚMERO DE CRP 2	17142	FECHA	04/30/2018
NÚMERO DE CDP 3	1283	FECHA	06/26/2018	NÚMERO DE CRP 3	23807	FECHA	06/26/2018
NÚMERO DE CDP 4	1613	FECHA	07/27/2018	NÚMERO DE CRP 4	27978	FECHA	06/27/2018
NÚMERO DE CDP 5	1771	FECHA	08/24/2018	NÚMERO DE CRP 5	32754	FECHA	08/24/2018
NÚMERO DE CDP 6	1985	FECHA	09/20/2018	NÚMERO DE CRP 6	37091	FECHA	09/20/2018
NÚMERO DE CDP 7	2242	FECHA	10/30/2018	NÚMERO DE CRP 7	42174	FECHA	10/30/2018
NÚMERO DE CDP 8	2391	FECHA	11/29/2018	NÚMERO DE CRP 8	45368	FECHA	11/29/2018
NÚMERO DE CDP 9	2715	FECHA	12/26/2018	NÚMERO DE CRP 9	50375	FECHA	12/26/2018
NÚMERO DE CDP 10	3	FECHA	01/02/2019	NÚMERO DE CRP 10	373	FECHA	01/02/2019
NÚMERO DE CDP 11	116	FECHA	16 ENE. 2019	NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar de Enfermeria, para la prestacion de los servicios de hospitalizacion, quirofanos y urgencias, en los puntos de atencion habilitados en la unidad de servicios de salud Suba.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	1	2019		31	1	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048	Un millon quinientos setenta y cinco mil cuarenta y ocho pesos							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.883.640
VALOR EJECUTADO	$18.883.640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.575.048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO DURANTE EL MES DE ENERO 2019

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8487893873	781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO (01) del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Luz Andrea Silva Martinez

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

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: HOSPITALIZACION GINECOLOGIA		UNIDAD:		SUBA			
No. DE CONTRATO: 1129		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52.786.667	Periodo certificado	01	01	2019	31	01	2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___X_ NO ____ Servicios: SI____ 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.	Cumple con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cuenta a los componentes de habilitación, 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.	cumple desarrollando las estrategias para 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.
3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	100	3. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	Da cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	100	5. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.	Diligencia los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	100	6. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	Da cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	100	7. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	Instruye al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	100	8. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	Informa alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	100	9. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	Aplica principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100	10. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	Aplica los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	100	11.Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte	Cumple con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	100	12. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Presta un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	100	13. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	Asiste y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100	14. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	Mantiene una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100	15. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	Apoya los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100	16. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	Realiza las actividades, acorde a la programación institucional
17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	100	17. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.	Realiza el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	100	18. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.	Cumple con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las	100	19. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades,	Mantiene Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades,

actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso		cumplimiento de las directrices institucionales según el caso	cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	100%	20. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.	Realiza las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CERO CUARENTA Y OCHO

Luz Andrea Silva Martinez LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC 52786662	Fecha : 02 / ENERO /2019 Firma de recibido supervisor: CLARA YOLANDA [illegible] GIL DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	8487893873	8487893873	I	2019/01/17	2019/01/17	BANCO BOGOTA	0	$257,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30		$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2019/01/17 11:13 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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	8487893873	8487893873	I	2019/01/17	2019/01/17	BANCO BOGOTA	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

PAGADO

2019/01/17 11:13 AM

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE
LOS APORTES AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

Medellín, 22 de Diciembre de 2017.

Señores:
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC 52786667

Asunto: Notificación de pago, aportes al sistema general de pensiones

Reciba un cordial saludo de **Protección S.A.**

En Protección buscamos ser su mejor aliado en la construcción del ahorro para su futuro. Por lo anterior queremos informarle que hemos recibido el pago de los aportes al sistema general de pensiones de la siguiente manera:

Valor Aporte	$118,400
Fecha Aporte	20171221
Hora Aporte	10:00 AM
Periodo Aporte	201712
Cantidad Afiliados	1
Número Planilla	8473363824

Para nosotros es muy importante tener una comunicación permanente y oportuna con nuestros clientes. Con gusto atenderemos cualquier consulta a través nuestro correo electrónico proteccionenlinea@proteccion.com.co

Cordialmente,

Área de Acreditación y Traslados
Protección S.A.

31

Bogotá D.C. 22-12-2017

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Sede Administrativa Chapinero

Respetados Señores:

De manera atenta informo que en la actualidad me encuentro afiliado a la Administradora de Riesgos laborales (ARL) POSITIVA y/o AUTORIZO la afiliación a la ARL POSITIVA o en su defecto a la que indique la Subred Norte E.S.E.

Sin otro particular, agradezco su gestión.

Cordialmente,

Firma: ANDREA SILVA MARTINEZ
Nombre: JOZ ANDREA SILVA MARTINEZ
CC. 52'786.667 BTA

32

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA, 2017/12/22

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
con Cédula de Ciudadanía número 52786667
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008580257122
Fecha Apertura	2014/11/05

Cordialmente,

DAVIVIENDA
BANCO DAVIVIENDA OFICINA QUIRIGUA

Firma Autorizada

3

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14384376496

(415)7707212489984(8020) 000001438437649 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 8 6 6 6 7	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52786667	1998 01 14

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SILVA	MARTINEZ	LUZ	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 92 80 C 71 BRR QUIRIGUA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andrea1019silva@hotmail.com		3123846477	6040141

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2014 03 04						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2016 08 08

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: SALCEDO BARRIOS ALVARO FIDEL
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 08-08-2016 01:57:17PM

DOCUMENTO NO CERTIFICADO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 08-08-2016
Hora: 2:16:16 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52786667-4 LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Información General

Dirección KR 92 80C 71 BR. QUIRIGUA

Teléfonos 3123846477

Dirección electrónica ANDREA1019SILVA@HOTMAIL.COM

Fax 6040141

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2016

Soporte Inscripción 22427670

Fecha Inicio Actividades 04/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001030064

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

35

LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
PROCESO DE CAPACITACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Certifica que:

Realizo la capacitación en Conocimiento Institucional

Bogota D.C. Diciembre de 2017

Dirección Gestión del Talento Humano

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

Scanned by CamScanner

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1129 DE 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO: Prestar servicios 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
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Nit. 900971006-4
CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CEDULA No.: 52.786.667
VALOR TOTAL: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS ($4.674.336)
PLAZO DE EJECUCIÓN: tres (3) meses
FECHA INICIO: 01 de febrero de 2018
FECHA TERMINACIÓN: 30 de abril de 2018
SUPERVISOR: DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,**mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**, en ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", la Empresas Sociales del Estado Simón Bolívar, Suba, Usaquén, Engativá y Chapinero se fusionaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **b)** Que mediante el Decreto 171 del 08 de abril de 2016 se designaron durante el periodo de transición los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada por el Acuerdo Distrital mencionado. **c)** Que mediante Decreto 442 de 11 de octubre de 2016 se designó como Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a la Doctora Yidney García Rodríguez en remplazo de la inicialmente nombrada mediante Decreto 171 de 08 de abril de 2016 **d)** Que el área de Talento Humano mediante requerimiento avalado por el ordenador del gasto certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **e)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **f)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente contrato: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:**Prestar servicios 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.**SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **Específicas:** Se tienen como tal las descritas en el requerimiento el cual hace parte integral del presente contrato.**Generales**: Además de las especificas reseñadas en el requerimiento y sin perjuicio de la autonomía técnica, científica o administrativa que le asiste al CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 4.

Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos 5. Adherirse a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las responsabilidades asignadas 7. 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. 8. 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 exceiente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Adherirse a las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Norte, conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Llevar a cabo las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Contribuir con la consolidación de los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 13. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 14. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 15. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 16. El CONTRATISTA se compromete a hacer una entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato, una vez expire su plazo o termine de forma anticipada. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO PRIMERO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336). CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 295 del 01 de febrero de 2018, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.625.856)**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes, a certificar. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA. SEXTA. - TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **tres (3) meses**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos para su ejecución. **SÉPTIMA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá

solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del mismo, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto, no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, o por solicitud debidamente sustentada, que sea presentada por una de las partes y que se encuentre debidamente avalada por el supervisor certificando la no alteración en la prestación del servicio, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral; en caso de una licencia de maternidad o incapacidad medica el periodo de suspensión del contrato se realizara bajo un documento debidamente soportado por un profesional de la salud. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA: CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **diez por ciento (10%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. PARÁGRAFO PRIMERO: De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el **CONTRATISTA** no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula. **DÉCIMA SEGUNDA. - CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato podrán ser resueltas a través de mecanismos alternativos de solución de controversias previstos en la ley. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad haga uso de las clausular excepcionales al derecho común cuando estas se pacten en le contrato. **DÉCIMA TERCERA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en alguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMACUARTA. - LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte. No obstante, en caso de existir saldo a reversar se procederá conforme al procedimiento establecido a reincorporar el valor correspondiente a los saldos no ejecutados al presupuesto de la E.S.E. **DÉCIMA QUINTA. - DOCUMENTOS**: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Certificado de registro presupuestal **d)** Todos los demás documentos que sirvieron de base para la presente contratación y para su ejecución. **DÉCIMA SEXTA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA SÉPTIMA. - CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, funcionarios y demás que hagan parte de la institución, a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del

objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas y demás, los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA.DECIMA OCTAVA– INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **DECIMA NOVENA. - EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza de la Orden de Prestación de Servicio, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados en el contrato. **VIGÉSIMA - INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** es una persona independiente **a la del CONTRATANTE,** y, en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto, no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE,** ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA PRIMERA. - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.024 del 20 de Septiembre de 2017, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred. **VIGÉSIMA TERCERA. - DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de febrero de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

Secretaría Distrital 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 DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E				No.	52786667					
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@gmail.com						CELULAR:	3123846477					
PROCESO							DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA						SEDE:	SUBA					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA						TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455270017060								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	01/02/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	02	2018		28	02	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4,674,336
VALOR EJECUTADO	$ 1,575,048
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,575,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$3,099,288
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	34%

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 deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8475647628	781.242	97,655	124,999	3	19,031	241,685

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de (02) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
REFERENTE DE ENFERMERIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C No 52786667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: SUBA					UNIDAD:	SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129/2018	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	02	2018	28	2	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clínica.
• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parametros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitacion a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en los listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1575048

Luz Andrea Silva Martinez

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC. 52786667

ROSSY JANETH PEÑA
REFERENTE ENFERMERIA
FECHA 28 DE FEBRERO 2018

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	8475647628	8475647628	1	2018/02/15	2018/02/20	BANCO BOGOTA	5	$258,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$600	$0	$125,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$600	$0	$125,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$100	$0	$19,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$100	$0	$15,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$100	$0	$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$400	$0	$98,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$400	$0	$98,100
TOTAL				1	$257,500	$1,200	$0	$258,700

PAGADO

2018/02/20 02:20 PM

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	8475647628	8475647628	I	2018/02/15	2018/02/20	BANCO BOGOTA	5	$258,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

2018/02/20 02:20 PM

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E			No.	52786667						
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@gmail.com					CELULAR:	3123846477						
PROCESO						DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA					SEDE:	SUBA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455270017060								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	01/02/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	03	2018		31	03	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4,674,336
VALOR EJECUTADO	$ 3,150,096
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,575,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$1,524,240
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8476899237	781.242	97,655	124,999	3	19,031	241,685

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (03) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

52'786667
Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C No 52786667

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS**	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO:			**UNIDAD:**		**SUBA**		
No. DE CONTRATO: 1129/2018	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:		**01**	**03**	**2018**	**31**	**3**	**2018**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clínica.
• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en los listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

TOTAL A PAGAR $1'575'048 MILLON QUINIENTOS SETENTA Y CINCOMIL CUARENTA Y OCHO PESOS

CLARA YOLANDA PRADA GIL DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	52'786667 LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667

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	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	8476899237	8476899237	I	2018/03/15	2018/03/14	BANCO BOGOTA	0	$257,500

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	730101	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	6476899237	6476899237	I	2018/03/15	2018/03/14	BANCO BOGOTA	0	$257,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$0	$0	$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
SANITAS	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$257,500	$0	$0	$257,500

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/CPS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-29-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 28/03/2018

Fecha de Solicitud: d/m/a	30 DE ABRIL 2018	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [x] [x] OTRO (*) [ ]

VALOR	$1,625,856	TIEMPO	3 MESES

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	1129/2018	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$4,674,336	295	2/1/2018	11602	2/1/2018

FECHA INICIO	01 DE FEBRERO 2018	FECHA TERMINACIÓN	30 DE ABRIL 2018

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se Solicita Adición por valor de $1,625,856 AL CONTRATO No 1129 /2018 Y Prorroga por tres meses (Mayo, Junio, Julio), para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

SE REQUIERE ADICION EL CONTRATO No 1129 /2018 y prórroga de tres meses (Mayo, Junio, Julio), Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1			

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$4,674,336
VALOR. EJECUTADO	$ 4,674,336
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 0
% EJECUCIÓN	100%

firmas		
	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	DRA CLARA YOLANDA PRADA GIL
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

OTROSÍ N° 1 PRORROGA Y ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1129 -2018 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 1200 de 07 de diciembre de 2017 de la Subred Norte, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **1129 de 2018**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 01 de febrero de 2018, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **1129 de 2018,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **tres (3) meses,** contados a partir del **01 de febrero de 2018** y hasta el **30 de abril de 2018. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.674.336).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato y prorrogarlo por un término de **tres (3) meses. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **tres (3) meses** desde **01 de mayo de 2018** y hasta el **31 de julio de 2018**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.676.664). CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia del presente Otrosí el valor del contrato No. **1129 de 2018**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($6.351.000). CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del presente Otrosí, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 953 del 30 de abril de 2018, Código del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2018,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA SEXTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEPTIMA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 30 de abril de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786667 BTA .
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

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 DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		No.	52786667							
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@gmail.com				CELULAR:	3123846477							
PROCESO	DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				SEDE:	SUBA							
CENTRO DE COSTOS.	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455270017060								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3
NUMERO DE CDP 1	295	FECHA	01/02/2018	NÚMERO DE CRP 1	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	
NUMERO DE CDP 3		FECHA		NUMERO DE CRP 3		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2018		30	04	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 4,674,336							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						
OBSERVACIONES								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4,674,336
VALOR EJECUTADO	$ 4,674,336
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,524,240
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8478004748	$ 781242	$ 97,655	$ 124,999	3	$ 19,031	$ 241,685

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de (04) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C 52786667

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129/2018	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	04	2018	30	04	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO _____
OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Realizar la valoración del estado de salud de los pacientes. con el fin de planear y ejecutar los cuidados de enfermería.	100%	• Se realiza un plan de cuidado con los pacientes garantizando su atención.	• Plan de cuidado registrado en la historia clínica.
• Notificar de forma oportuna los eventos adversos e incidentes que se presenten en el servicio.	100%	• Se notifica de forma oportuna en la plataforma institucional, 41todo evento adverso con el fin de seguir el protocolo.	• Registro de evento adverso en la plataforma institucional.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	100%	• Realiza un adecuado registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica.
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas para cada uno de los pacientes (horarios, dosis, procedimientos entre otros).	100%	• Cumple siguiendo las ordenes medicas, para prestar una adecuada atención al paciente, realiza registro historia clínica ,y Kardex de enfermería	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• . Brindar apoyo docente a estudiantes de pre y postgrado. de conformidad a los convenios establecidos por el hospital y participar en la programación y evaluación de los mismos. cuando sean por el servicio.	100%	• Acepta, ayuda, y fortalece la compañía de estudiantes y su respectivas evaluaciones cualitativas.	• Apoya la recepción de estudiantes para el inicio del periodo académico actual.
• Solicitar, distribuir y controlar dotaciones de materiales de consumo, medicamentos, ropa e instrumental de acuerdo con las necesidades del servicio.	100%	• Cumple con la solicitud de bienes e insumos en los formato ft-163	• Solicitud de insumos para el servicio según necesidad en el formato ft-163.
• Verificar que los procedimientos de enfermería que requieren autorización por parte del paciente: cuenten con el correspondiente Consentimiento Informado.	100%	• Cumple con la verificación de las autorizaciones hacia los pacientes en compañía del grupo de autorizaciones.	• Entrega el formato de referencia y contrarreferencia en el área de autorización y contrarreferencia segun el caso.
• Asignar y distribuir el recurso humano, de conformidad a las necesidades de cada servicio.	100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• En este mes no se recibieron quejas relacionadas con el incumplimiento de la política de humanización en las cuales se vieran involucrado el funcionario.
• Remitir a los usuarios a los otros servicios ofertados por el Hospital de acuerdo con la norma técnica y/o contrato	100%	• Remite a los pacientes de acuerdo a las necesidades requeridas por los pacientes.	• Relaciona en la historia clínica la remision del paciente para los servicios.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud. realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	100%	• Se realiza un registro en la plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Diligenciamiento en la historia clínica y fichas de notificación entregados a epidemiología.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	100%	• Se realiza evaluación de adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Acude a las capacitaciones interpuestas por el departamento de enfermería, junto con le área de calidad.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez. .	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por el coordinador del area y/o jefe del departamento.	100%	• asiste oportunamente a las reuniones y charlas interpuestas por el líder de área la relación de encuentro en los listados de asistencia ft-185 , ft-190	• Acude a la programación de capacitaciones los cuales se reflejan en los listados de capacitación.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	100%	• Cumple con las normas de presentación personal establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Aplicar las actividades definidas por el sistema integrado de calidad institucional	100%	• Maneja y cumple con las actividades establecida por el area institucional	• Aplica en la historia clínica.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	100%	• Apoya los demas servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	100%	• Asiste a las actividades acorde a las programaciones institucionales por necesidad del servicio.	• **Acude a la programación de capacitaciones los cuales se reflejan en los listados de capacitación.**
TOTAL DE EJECUCION:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1524240

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIO
FECHA 30 DE ABRIL 2018

Luz Andrea Silva

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C No 52786667

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 35286097		HUERTAS BONILLA LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 L BIS 69M-11 SUR BRR VILLA GLORIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7901406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	20444431	8478244189	I	2018/04/23	2018/04/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			$0	$0			**$781,242**	**$19,100**		$0	$0
1	CC 35286097	HUERTAS LUZ	230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-2	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/04/13 04:24 PM

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 35286097		HUERTAS BONILLA LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 L BIS 69M-11 SUR BRR VILLA GLORIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7901406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	20444431	8478244189	I	2018/04/23	2018/04/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

JM ARROBACION:20444431
JM REFERENCIA:0000008478244189
JM IDENTIFICACION:35286097
ERIODO: 2018-04
ECHA EFECTIVA:2018-04-13
VALOR: 241.800
VIE13 ABR 18 14:17:53
103-04054686-252
771880-643332-944629-577260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
NICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 116 CLR 8948440
04167807-144293

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

CION:20444431
NCIA:0000008478244189
FICACION:35286097
018-04
TIVA:2018-04-13
241.800
VIE13 ABR 18 14:17:53
103-04054686-252
771880-643332-944629-577260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 116 CLR 8948440
04167807-144293

Secretaría 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 DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E				No.	52786667					
CORREO ELECTRONICO:	andrea1019silva@gmail.com						CELULAR:	3123846477					
PROCESO							DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA						SEDE:	SUBA					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA						TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455270017060								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1129/2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4
NÚMERO DE CDP 1	295	FECHA	01/02/2018	NUMERO DE CRP 1	11602	FECHA	01/02/2018
NÚMERO DE CDP 2	953	FECHA	4/30/2018	NUMERO DE CRP 2	17142	FECHA	4/30/2018
NUMERO DE CDP 3		FECHA		NUMERO DE CRP 3		FECHA	
NUMERO DE CDP 4		FECHA		NUMERO DE CRP 3		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	05	2018		31	5	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1625856								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 6,351,000
VALOR EJECUTADO	$ 6,300,192
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,625,856
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 50,808
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	% .990

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 deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8479154838	$781242	$ 97,655	$ 124,999	3	$ 19,100	$ 241,754

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (05) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C 52786667

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 1129	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	05	2018	31	5	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO:

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• 100%	• . Ejecutar actividades de limpieza y desinfección de mobiliarios y materiales a su cargo de acuerdo a las normas establecidas	• Registro de actividades en la historia clinica.
• 2. Diligenciar los registros clinicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• 2. Diligenciar los registros clinicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clinica..
• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• 3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• Registro en la historia clinica, satisfacción de los profesionales.
• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• 4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• Registro en historia clinica y kardex de enfermeria elaborado por cada uno de los pacientes.
• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• 100%	• 5. Verificación y control de reguladores, balas portátiles	• Registro en historia clinica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• 100%	• 6. traslado de materiales e insumos del almacén hacia la central o viceversa	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clinica.
• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• 7. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• Registro en la plataforma institucional.
• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• 8. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• Registro en las notas de enfermeria y libros.
• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermeria en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• 9. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermeria en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• 100%	• 10. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias	• Registro en los listados de asistencia.
• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• 11. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• Presentación personal excelente.
• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• 12. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• 13. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• 100%	• 14. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
• 16. Elaboración del reporte diario, de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• 100%	• 16. Elaboración del reporte diario de las actividades desarrolladas y de los problemas o inconvenientes que hayan podido suceder durante el turno de trabajo	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1625856

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C N 52786667

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6940141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	8479154838	8479154838	1	2018/05/17	2018/05/18	BANCO BOGOTA	1	$257,900

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230101	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$781,242	$15,700	14-23	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

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 52786867		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 73	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	8479154838	8479154838	I	2018/05/17	2018/05/18	BANCO BOGOTA	1	$257,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$100	$0	$125,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$100	$0	$125,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$100	$0	$19,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$100	$0	$15,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,700	$100	$0	$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$100	$0	$97,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$100	$0	$97,800
TOTAL				1	$257,500	$400	$0	$257,900

PAGADO

	LISTADO DE DOCUMENTOS	Código: Documento de Prueba	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACION	Versión: 0	

NOTA: RECIBA UN CORDIAL SALUDO DE LA SUBRED NORTE, ESPERAMOS PODER CONTAR CON SUS SERVICIOS PARA LO CUAL SE HACE NECESARIO QUE APORTE LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS, LEGAJAR LOS DOCUMENTOS EN ESTRICTO ORDEN.

1.CARPETA CARTON TAMAÑO OFICIO CON GANCHO LEGAJADOR DE PLASTICO sin MARCAR	✓	
2. HOJA DE VIDA FORMATO WORD (computador)	✓	
3. FOTO PARA CARNET FONDO AZUL		
4. HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA SE ENCUENTRA EN LA PAGINA (INTERNET) DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA OPCIÓN FORMATOS	✓	
5. FORMATO DE DECLARACION DE BIENES Y RENTAS (ORIGINAL) A DISPOSICION EN LA PAGINA DEL DEPARTAMENTO A DMINISTRATIVO D E LA FUNCION PÚBLICA OPCION FORMATOS .		
6. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **PROCURADURÍA** GENERAL DE LA NACIÓN VIGENTE (Internet).	✓	
7. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **PERSONERÍA** DE BOGOTA VIGENTE (Cra. 7 # 21-24 Barrio los Nieves).	✓	
8. CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL **CONTRALORÍA** GENERAL DE LA REPUBLICA VIGENTE (Internet).	✓	
9. CERTIFICADO DE LA **POLICIA NACIONAL** DE COLOMBIA VIGENTE (Internet).	✓	
10. FOTOCOPIA DE CERTIFICADO QUE VERIFIQUE LA FORMACIÓN ACADEMICA: Para técnicos, Tecnólogos y Bachilleres (Diploma y acta de grado y/o formación específica), PARA PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS (Diploma y acta de grado)	✓	
11. FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL , TARJETA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, RESOLUCION DEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (RURAL) , TARJETA PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS, RESOLUCIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD , TARJETA, CERTIFICADO DE REGISTRO DEL RETHUS PARA LOS COLABORADORES ASISTENCIALES ,SOPORTE VITAL BÁSICO PARA AUX ASISTENCIALES Y ACLS PARA MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS JEFE URGENCIAS Y UCI		
12. TODOS LOS PROFESIONALES QUE SE HAYAN TITULADO FUERA DEL PAÍS DEBEN PRESENTAR LA HOMOLOGACIÓN Y LA RESPECTIVA VALIDACIÓN DE LAS ENTIDADES EDUCATIVAS EN COLOMBIA ASÍ MISMO DEBEN CONTAR CON LAS TARJETAS PROFESIONALES VIGENTES.		
13. FOTOCOPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCCIÓN LEGIBLE (CUANDO HAYA LUGAR)- CERTIFICACIÓN DEL SIMIT SIN COMPARENDOS PENDIENTES CUANDO HAYA LUGAR		
14. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA PARA LOS ABOGADOS Y ~~CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES PARA LOS CONTADORES~~ VIGENTE		
15. • VACUNADORES: CERTIFICADOS DE COMPETENCIAS DE VACUNACIÓN • ODONTÓLOGOS: CARNET DE RADIO-PROTECCIÓN EMITIDO POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD • PROFESIONAL DE UCI INCLUIDOS MÉDICOS ESPECIALISTAS: CERTIFICADO DE CURSO ACLS-BCLS NO SUPERIOR A DOS AÑOS CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN • PROFESIONAL DE UCI INCLUIDO MÉDICO HOSPITALARIO UCI		

	LISTADO DE DOCUMENTOS	Código: Documento de Prueba	
	GESTION DEL TALENTO HUMANO CONTRATACION	Versión: 0	

CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE, DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO Y ACLS-BLS • ENFERMERA JEFE UCI Y URGENCIAS : CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR A DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS O CERTIFICAR EPXERIENCIA EN UCI MAYOR A DOS AÑOS • AUXILIAR DE ENFERMERÍA UCI CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR DE DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE INTESIVO ADULTOS O CERTIFICAR EXPERIENCIA EN UCI MAYOR DE DOS AÑOS • TERAPEUTA RESPIRATORIA UCI CERTIFICADO CURSO ACLS VIGENTE NO MAYOR A DOS AÑOS CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE ATENCIÓN ÀL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS A EXCEPCION DE LOS TERAPEUTAS ESPECIALISTA EN MEDICINA CRITICA O CERTIFICAR EXPERIENCIA EN UCI MAYOR A DOS AÑOS • ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS • ESPECIALISTA EN ANESTESIA ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS • ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ACLS-BLS NO MAYOR A DOS AÑOS		
16. CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL EMITIDO POR UNA IPS HABILITADA PARA ESTE FIN (VIGENTE)		
17. CERTIFICADO DE EXPERIENCIA DE LA ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR (CERTIFICACIÓN LABORAL) VIGENTE	✓	
18.FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA AMPLIADA AL 150%	✓	
19. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR OBLIGATORIA PARA MENORES DE 50 AÑOS		
20. CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL SE SEGURIDAD SOCIAL EN PENSION y SALUD COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE (NO SE RECIBE PLANILLA DE PAGO SI ESTA AFILIADO COMO DEPENDIENTE DEBE PRESENTAR EL FORMULARIO DE AFILIACION COMO INDEPENDIENTE DEBIDAMENTE RADICADO) (Si es pensionado autoliquidación salud)	✓	
21. CERTIFICACION BANCARIA (**Si no tiene cuenta se le entregará una orden de apertura de nómina).**	✓	
22. RUT TAMAÑO HOJA CARTA EXPEDIDO O ACTUALIZADO A PARTIR DEL AÑO 2013	✓	
NOTA: NO SE DARA INICIO A NINGUN CONTRATO MIENTRAS LA DOCUMENTACIÓN NO SE ENCUENTRE AL DIA		

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

CARRERA 92 No. 80 C - 71

TEL 6040141

CELULAR 3123846477

PERFIL PROFESIONAL

Manejo y aplicación de competencias, donde se puedan aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación de educación superior y los adquiridos en la universidad dentro de mi carrera.

FORTALEZAS LABORALES

Honestidad, capacidad de servicio, responsabilidad, dinámica de actualización, manejo de situaciones en la vida cotidiana, compromiso, trabajo cooperativo, dedicación, exigencia, idoneidad, calidez, amabilidad, respeto y colaboración fomentando liderazgo.

FORMACIÓN PROFESIONAL

TECNIDENT
Auxiliar de Enfermería
Diciembre 2000, Bogotá

EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL DE SUBA

Auxiliar de Enfermeria *(hospitalización Ginecología y hospitalización Cirugía)*
11 de noviembre de 2014- 30 de abril de 2017

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

REFERENCIAS LABORALES

JENNIFER GARZON SALAMANCA
Enfermera Especializada

Lucero Sandoval Zamora
Enfermera Especializada
Cel: 3203535858

REFERENCIAS PERSONALES

José Alfonso Silva Granados
Técnico Judicial
Cel. 3134437238

Mónica Silva Martínez
Independiente
Cel. 3144820881

Tania López
Docente
Cel.: 3134835658

Paula Díaz Moncada
Jefe Enfermería
Cel. 33105646758

Luz Andrea Silva Martinez

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
C.C 52.786.667 de Bogotá

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SILVA	MARTINEZ	LUZ ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52'786.667 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 11 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Krr 92 # 80c-71

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3123846477 EMAIL andrea1019silva@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

Andrea1019silva@gmail.com

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1996

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
	4	X		AUXILIAR ENFERMERIA	11	2000	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DE SUBA			COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTA		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 11 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		Kr 204 - 152-15	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

JUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ.

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52786667 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA | Departamento | Municipio

Dirección Kr 92 # 80c-71 | Teléfonos 3123846477-6040141

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANDRES FELIPE ROZO SILVA		HIJO
NATALY ROZO SILVA.		HIJA
JHOJAN SAMUEL ROZO SILVA.		HIJO.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ☐ 1 **NO** ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
RUBEN ROZO	C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	80030606

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luz Angela Silva Martinez — FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota — CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 99249465

WEB
13:03:16

Bogotá DC, 10 de septiembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52786667:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1789180

Bogotá D.C., 30 de Agosto de 2017 - 21:04 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ ANDREA SILVIA MARTINEZ**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

52786667

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_SLUZ1_0421
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 30 de agosto de 2017, a las 21:3:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.786.667
Código de Verificación	529999752017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 10/09/2017 a las 13:16:29 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52786667 y Nombres: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

y en su nombre

TECNIDENT

AREAS DE LA SALUD

INSTITUTO DE CAPACITACION EN AREAS DE LA SALUD

Con autorización oficial según Resolución No. 6178 del día 1o. de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta que:

Luz Andrea Silva Martínez

Con C.C. No. 52.786.667 expedida en Santafé de Bogotá, D.C.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los 7 días del mes de Diciembre del 2000

Director General

Director Académico

Secretario

Registrado al Folio 32-1072 del libro de Certificados

TECNIDENT
AREAS DE LA SALUD

Las profesiones del presente
que aseguran su futuro

CERTIFICACION DE GRADO

LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNIDENT CON AUTORIZACION OFICIAL, MEDIANTE RESOLUCION No. 6178 del 1o. de Noviembre de 1996, EMANADA DE LA S. E. D. C. y ACUERDOS EJECUTIVOS DE MINSALUD No. 003 de 1993, 009 de 1995 y 014 de 1996

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil (2000), se realizó la ceremonia de culminación de estudios, presidida por el señor DIRECTOR GENERAL, al Alumno (a): ***LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ,*** *identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 52.786.667 de Santafé de Bogotá, D.C., de acuerdo al Reglamento Estudiantil de TECNIDENT, se le confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:*

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Se expide la presente en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Diciembre del año dos mil (2000)

Atentamente,

CARLOS ORLANDO FERREIRA PINZON
Director General

Instituto Pedagógico Santander

Aprobación Oficial No. 003256 del 17 de Octubre de 1989
Los suscritos Rector y Secretaria del Instituto Pedagógico Santander

Certifican Que

Luz Andrea Silva Martínez

Identificado con T.I. No. 791115-07975 expedida en Engativa- Bogotá,D.E.

Curso y aprobó satisfactoriamente los programas correspondientes al

Bachillerato Comercial

Rector

Secretaria

Dado en Santafé de Bogotá a 30 de Noviembre de 1.9 96

Impresos Gótica Alemana

INSTITUTO PEDAGÓGICO SANTANDER

CARRERA 93 # 79-58 — DIRECCION

2241467 — TELEFONO

JORNADA DIURNA

INSCRIPCION S.E. 1805

INSCRIPCION DANE 31100111317

Acta de Grado

En la ciudad de STAFE DE BTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE del año 96 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del INSTITUTO PEDAGOGICO SANTANDER

Institución aprobada hasta GRADO ONCE en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA D.C.

para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA

según resolución No. 003256 del 17 de OCTUBRE de 19 89

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA — T.791115-07975 ENGATIVA - BGTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 20 de fecha NOV 30 DE 1996 que consta de 250 alumnos que comienza con el nombre de ACERO MARTINEZ FRANK IBAR y cierra con el nombre de ZIPAMOCHA CAMARGO SANDRA LILIANA

Firmado y sellado por JOSE RAMON TORRES LADINO rector(a) y ASTRID GOMEZ DE TORRES Secretario(a)

Dada en SANTAFE DE BOGOTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE de 1.996

Firmado y Sellado

Rector(a)

C.C. No. 3015113 DE FOMEQUE CUND

Secretario(a)

C.C. No. 41521088 BOGOTA

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 10836 *de* 05/12/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA Identificado(a) con CC número 52786667 expedida en SANATFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNIDENT el día 07/12/2000 y registrado en el libro 1072 Folio 32 año 2000
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA identificado(a) con CC número 52786667 expedida en SANATFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05/12/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios .

LVTS

Bogotá, D.C 18-12-03
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) ANDREA SILVA MARTINEZ
CC. # 52'786.667
Firma ANDREA SILVA M.

BOGOTÁ PARA VIVIR

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52786667

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 52786667, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-101 de Noviembre 4 de 2010, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 97 del 5 Febrero de 2010, Min. De la Protección Social.

Certifica a:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

C.C. 52.786.667 de Bogotá D.C.

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Intensidad 20 Horas

MARTHA AMAYA
Gerente

Bogotá D.C. Noviembre 07 de 2016

Av. 1 de Mayo No. 33-33

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

Fecha de Expedición 10-12-2008

SILVA MARTINEZ

LUZ ANDREA

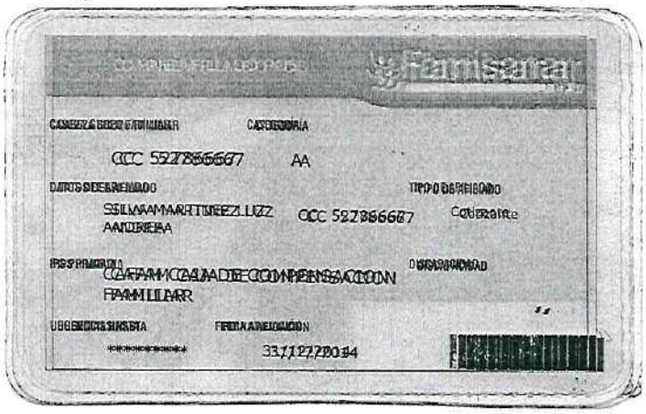
CC 52786667

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SALUD

Andrea Silva M.

7-24-5



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Luz Andrea.

Apellidos: Silva Martinez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 52'786.667

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	06-04-05		
	2	04-05-05		Protegen
	3	05-10-05		
	4	06-03-07	40512 UMEIV	
	5	21-04-07		
Contra Hepatitis B	1	06-04-05		
	2	04-05-05		
	3	01-06-05		Protegt
	R	05-04-06		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	15-III-07	DS15207 1012	/	UniSalud Clara Ximenez

S&A SERVICIOS
Y ASESORÍAS
Soluciones Temporales, relaciones duraderas

LA DIRECCION DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que el (la) señor (A) **Silvia Martinez Luz Andrea** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **52786667** labora en misión para nuestra empresa cliente **HOSPITAL DE SUBA E.S.E.** En el cargo **AUXILIAR ASISTENCIAL** durante los siguientes periodos:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	CARGO
2014/11/11	SE ENCUENTRA ACTIVO	AUXILIAR ASISTENCIAL

Con un contrato por obra o labor determinada. Devengando un salario básico de $644.350 para gastos de movilizacion,comunicaciones y otros varios el trabajador recibe un pago que no constituye salario por valor $233.198

Se expide a solicitud del interesado a los (21) días del mes de Abril de 2015 en la ciudad de Bogotá D.C.

S&A SERVICIOS
Y ASESORÍAS
Soluciones Temporales, relaciones duraderas
NIT. 830.312.779-7

EDWIN CAMINO
Asistente SAC
6621111 EXT 1202

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ identificado(a) con CC 52786667 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**31/12/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes de Agosto del año 2017.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Cordialmente,

ANDREA JOSEFINA ERAZO TENA
CONSULTOR INTEGRAL SENIOR
EPS FAMISANAR LTDA.

Protección
Pensiones y Cesantías

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA** identificado(a) con **CC** número **52.786.667** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de noviembre de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de agosto de 2017.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2017082415591

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52786667-4 LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Información General

Dirección KR 92 80C 71 BR. QUIRIGUA

Teléfonos 3123846477

Dirección electrónica ANDREA1019SILVA@HOTMAIL.COM

Fax 6040141

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2016

Soporte Inscripción 22427670

Fecha Inicio Actividades 04/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

stablecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001030064

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Bogotá, D.C., 11 de septiembre de 2017

Señores

SUBRED NORTE

Ciudad

Respetados señores:

De la manera más atenta me permito manifestarles que mi deseo es seguir con la ARL **POSITIVA.**

Agradezco su amable atención.

Cordialmente,

Luz Andrea Silva Martinez

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

C.C. 52.786.667 de Bogotá

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia 79 89-0809 de la Secretaria de Salud de Bogotá
MEDICINA - ODONTOLOGIA - LABORATORIO CLÍNICO - ECOGRAFÍAS
- ÓPTICA - OPTOMETRÍA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO LABORAL

EMPRESA _____ Fecha 30 AGO 2016
Nombre Andrea Silva Martinez Documento 52 786 667
Cargo Auxiliar E. EPS Sanitas ARL _____ Edad 36
Accidente de trabajo No Enfermedad profesional No Hemoclasificacion A+
Antecedentes Ginecobstetricos G 2 P 2 A _ C _ Planificación F Diu FUR Nov
Antigüedad en el cargo Ingreso Tipo de actividad Laboral Enfermera
Examen Físico .Peso 86K kg. Talla 155 mts. T/A 110/70 F.C- 82 IMC 32
Visual: Conjuntivitis Si Pterigio No Catarata No Color Normal

OD CERCA	20/20	Normal	OI CERCA	20/20	Normal
OD LEJOS	20/20		OI LEJOS	20/20	

Audición :Exposicion a Ruido Si Nivel conversación Normal Otoscopia Normal
Cardiovascular:Ritmo Normal Soplos No Otros Normal
Respiratorio. Nariz Normal Auscultación Pulmonar Normal
Neurologico:Reflejos Normal Coordinacion Normal Equilibrio Normal
Osteoarticular:Columna Normal Wells Elasticidad Isquiotibiales Normal
Arcos de movilidad : Hombros Normal Codos Normal Muñecas Normal Manos Normal
Caderas Normal Rodillas Normal Tobillos Normal Pies Normal
Pared Abdominal: Hernias ,Umbilical No Inguinal No /varicocele No
Piel Y faneras:Cicatrices Queloide Tatuajes No Dermatitis No
Circulación Periférica Varices No Edemas No
Riesgo.cardiovascular:Obesidad Si Hipertension No Dislipidemia No Tabaquismo Ocasional
Diabetes No Sedentarismo No Herencia No / Grado No
Egreso Ingreso Satisfactorio _____ Asistir EPS No
Solicitar Cita ARL y Motivo No

OBSERVACIONES Cabello Negro
Ingreso sano Apto para el cargo. Sano

Afirmo que la información suministrada para este examen ocupacional es cierta y no he omitido datos sobre mi salud

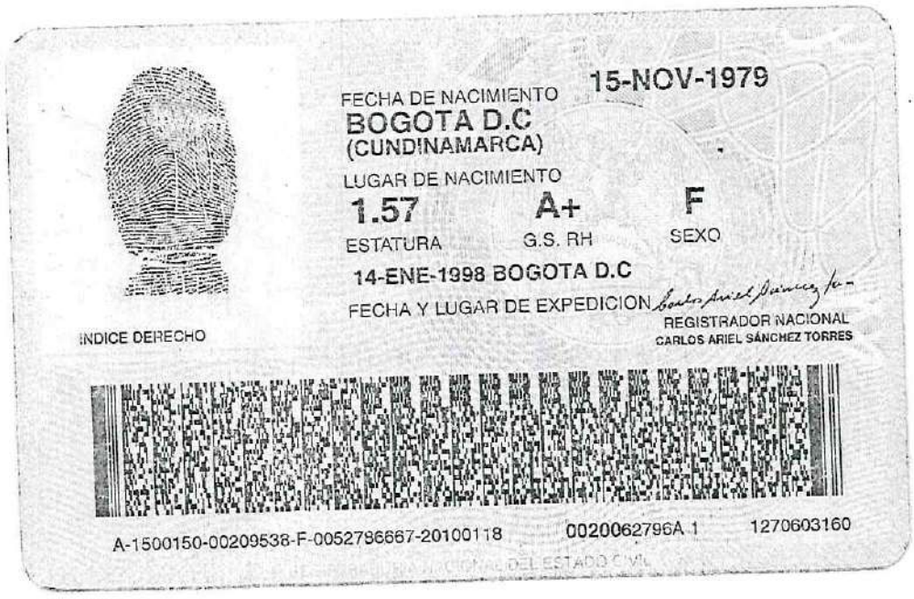
Firma Trabajador

Andrea Silva Martinez
52.786.667 Bta.

Firma el medico

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Manuela Beltrán
Licencia 79 89-0809 de la
Secretaria de Salud de Bogotá

Transversal 94 No. 80D - 20 Tel.: 472 8216 - Cel.: 310 799 85 98 - 314 464 8664
E-mail: espinelmed@hotmail.es - Bogotá D.C.



FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

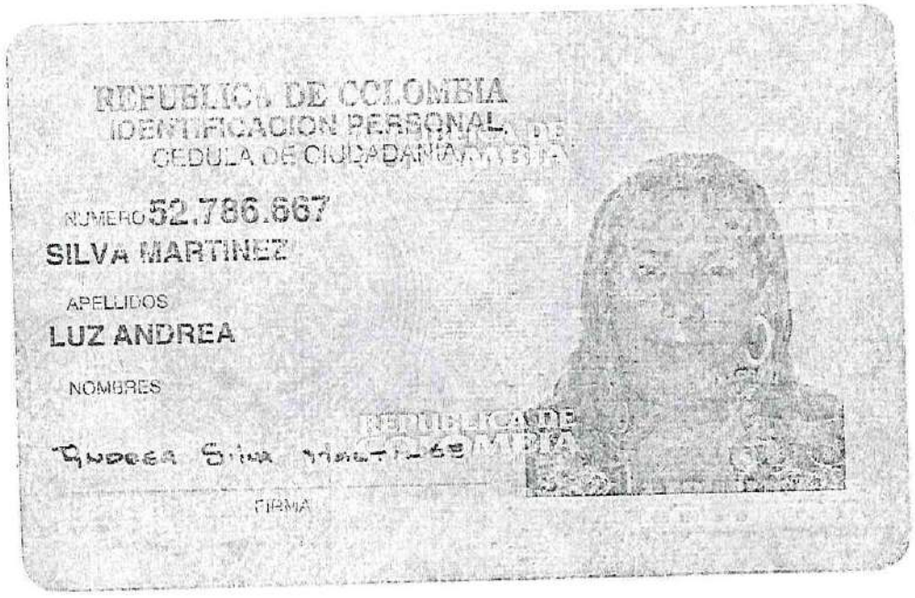
14-ENE-1998 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00209538-F-0052786667-20100118 0020062796A 1 1270603160



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.786.667

SILVA MARTINEZ

APELLIDOS

LUZ ANDREA

NOMBRES

FIRMA

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unificado de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14384376496

(415)7707212489984(8020) 000001438437649 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 8 6 6 6 7	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	52786667	1998 01 14

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SILVA	MARTINEZ	LUZ	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 92 80 C 71 BRR QUIRIGUA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andrea1019silva@hotmail.com		3123846477	6040141

CLASIFICACION

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código: 8692	47. Fecha inicio actividad: 2014 03 04	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 12

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

12-Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código:	55. Forma / 56. Tipo / Servicio / 57. Modo / 58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2016 08 08

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: SALCEDO BARRIOS ALVARO FIDEL
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 08-08-2016 01:57:17PM

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICA

Que **la señora LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52786667** tiene con esta entidad una obligación denominada CREDIEXPRESS FIJO radicada bajo el No. **5900008500239895**

Dicha obligación a la fecha se encuentra al día en el pago de sus cuotas mensuales.

La presente certificación se expide a solicitud de **quien interese.**

Bogotá
2017/08/24

FIRMA AUTORIZADA
Banco Davivienda

*Esta constancia no implica pago directo del cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO	CODIGO : AJ-F-05-02
		VERSION : 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA: 1 DE 3
		FECHA : 08/11/2016

FECHA DE SOLICITUD: Junio 05 de 2017	AREA: Enfermería Sede Suba

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.
2. Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 Y 839 DE 2017.
3. Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.
4. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.
5. Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.
6. Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.
7. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.
8. Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Subred Norte
9. Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
10. Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.
11. Mantener una presentación personal adecuada: uniforme totalmente blanco sin accesorios, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.
12. Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.
13. Realizar las actividades, acorde a la programación institucional
14. Realizar el recibo y entrega de turno de acuerdo a soporte documental institucional.
15. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente.
16. Confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimiento de las directrices institucionales según el caso
17. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a la objeto del contrato.

JUSTIFICACION

Garantizar la prestación de servicios de salud en la sede Suba, de la Subred Norte ESE, en el servicio de Urgencias, Hospitalizaciones, Pos quirurgicos, y Quirurgicos.

CERTIFICACION DE INEXISTENCIA DEL PERSONAL

Una vez verificada la disponibilidad de personal de planta para atender la solicitud presentada

por (COORDINADOR DE ÁREA), de conformidad con la anterior verificación se certifica que no existe personal suficiente en la planta de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la actividad de Auxiliar de Enfermería. **V°B° JEFE TALENTO HUMANO**
PERFIL REQUERIDO
1. Título Técnico Auxiliar de enfermería 2. Resolución de inscripción en la Secretaria Distrital de Salud 3. Curso soporte vital básico
CONDICIONES DEL CONTRATO (SOLICITUDES DEL CONTRATO)
Contratista: Cedula de Ciudadanía: Valor Mensual: $ 1.524.240. Valor Hora: $8.468 – 180 horas mensuales Supervisor: ROSSY JANETH PEÑA GARCIA Plazo de Ejecución: 3 MESES

FIRMA	**FIRMA**
REFERENTE DEL AREA **ROSSY YANETH PEÑA GARCIA**	**V°B°** **SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS** NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
REVISO: DIRECTOR SERVICIOS HOSPITALARIOS Y CIRUGIA CLARA YOLANDA PRADA GIL	**RECIBIDO OFICINA CONTRATACION:** **FIRMA:** **FECHA:**
GERENTE YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 4553 DE 2017 SUSCRITO ENTRE LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO: Prestar servicios 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
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Nit. 900971006-4
CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CEDULA No. 52.786.667
VALOR TOTAL: 812.928
PLAZO DE EJECUCIÓN: DIECISEIS (16) DIAS
FECHA INICIO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2017
FECHA TERMINACIÓN: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2017
SUPERVISOR: REFERENTE ENFERMERIA SUBA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 003 de 16 de mayo de 2016 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**, en ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", la Empresas Sociales del Estado Simón Bolívar, Suba, Usaquén, Engativá y Chapinero se fusionaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **b)** Que mediante el Decreto 171 del 08 de abril de 2016 se designaron durante el periodo de transición los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada por el Acuerdo Distrital mencionado. **c)** Que mediante Decreto 442 de 11 de octubre de 2016 se designó como Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a la Doctora Yidney García Rodríguez en remplazo de la inicialmente nombrada mediante Decreto 171 de 08 de abril de 2016 **d)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **e)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **f)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente contrato: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:**Prestar servicios 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.**SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **Específicas:** Se tienen como tal las descritas en el requerimiento el cual hace parte integral del presente contrato.**Generales**: Además de las especificas reseñadas en el requerimiento y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la

normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Norte relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde con el desarrollo de las responsabilidades asignadas 7. 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. 8. Cumplir con el desarrollo de 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. 9. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Norte, conforme con el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. El CONTRATISTA se compromete a hacer una entrega real y efectiva de toda la información correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecución del presente contrato, una vez expire su plazo o termine de forma anticipada. 18. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO PRIMERO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2054 del 01 de septiembre de 2017, Código del Rubro: 321030501 – Contratación Servicios Asistenciales Generales-Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOSM/CTE ($1.524.240)**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes, a certificar. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las deducciones por Impuestos Nacionales y

a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA. - TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **DIECISEIS (16) DIAS**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos para su ejecución. **SÉPTIMA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del mismo, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto, no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, o por solicitud debidamente sustentada, que sea presentada por una de las partes y que se encuentre debidamente avalada por el supervisor certificando la no alteración en la prestación del servicio, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA: CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **diez por ciento (10%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. PARÁGRAFO PRIMERO: De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el **CONTRATISTA** no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula. **DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA TERCERA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMACUARTA. - LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte. No obstante, en caso de existir saldo a reversar se procederá conforme al procedimiento establecido a reincorporar el valor correspondiente a los saldos no ejecutados al presupuesto de la E.S.E.**DÉCIMA QUINTA. - DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Certificado de registro presupuestal **d)** Todos los demás documentos que sirvieron de base para la presente contratación y para su ejecución. **DÉCIMA SEXTA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA SÉPTIMA. -CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más

estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, funcionarios y demás que hagan parte de la institución, a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas y demás, los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA.DECIMA OCTAVA– INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **DECIMA NOVENA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza de la Orden de Prestación de Servicio, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados en el contrato. **VIGÉSIMA - INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** es una persona independiente **a la del CONTRATANTE,** y, en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto, no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE,** ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA PRIMERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **REFERENTE ENFERMERIA SUBA** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.003 del 16 de Mayo de 2016, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred. **VIGÉSIMA TERCERA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. 14 DE SEPTIEMBRE DE 2017

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 1.521.786.667 BTA
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Freddy Florez	Tecnólogo Administrativo	
Revisado por:	Camilo D'aleman	Tecnólogo Administrativo	
Aprobado por:	Álvaro Galvis	Director de Contratación	

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 08/11/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	30 DE SEPTIEMBRE2017	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [ ] PRORROGA [X] OTRO (*) [ ]

VALOR [ ] TIEMPO [1 MES]

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	4553/2017	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 812.928	2054	01 DE SEPTIEMBRE 2017	31310	14 DE SEPTIEMBRE 2017

FECHA INICIO: 14 DE SEPTIEMBRE 2017 FECHA TERMINACIÓN: 30 DE SEPTIEMBRE 2017

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN{

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO No 4553/2017 FINALIZO EL 30 DE SEPTIEMBRE DEL PRESENTE AÑO, SE SOLICITA PRORROGA POR UN MES, PARA DAR CONTINUIDAD CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE Hospitalización, quirófanos y Urgencias, EN LA UNIDAD SUBA

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

SE REQUIERE PRORROGA EL CONTRATO No 4553 con el fin de garantizar la prestación del servicio como, AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
Adición No 1					
Adición No 2					
Adición No 3					

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1			
Prorroga No 2			
Prorroga No 3			

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$ 812.928
VALOR. EJECUTADO	$ 812.928
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	0
% EJECUCIÓN	100%

Paviso firmas	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	DRA. CLARA YOLANDA PRADA GIL
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

OTROSÍ N° 1 PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere prorrogarlo por un término de **un (01) mes. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **un (01) mes** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente prorroga el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928). CLÁUSULA TERCERA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA CUARTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 30 de septiembre de 2017.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 57886667
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

Norte E.S.E	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12 03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	VERSION 3 PAGINA:1 DE 1 FECHA:05/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	*SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA*				
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E	No.	52786667
CORREO ELECTRONICO:				CELULAR:	3203325943
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBA				
UBICACIÓN DEL SERVICIO.	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		SEDE:	SUBA	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	J02	100										

ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008580257122	PENSIONADO	NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4553/2017	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	8 de 8

NÚMERO DE CDP 1	2054	FECHA	01 DE SEPTIEMBRE 2017	NÚMERO DE CRP 1	31310	FECHA	14 de septiembre 2017
NÚMERO DE CDP 2		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	
MERO DE CDP 3		FECHA		NÚMERO DE CRP 2		FECHA	
NUMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE:	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	09	2017		30	09	2017
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					$ 745,184				
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL			RESERVA DE GLOSA 2%					
OBSERVACIONES									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$ 812,928
VALOR EJECUTADO	$ 745,184
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 745,184**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	192
HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	88
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 67,744
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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 $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8469977255	737.717	92.300	92300	3	16000	228400

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
REFERENTE DE ENFERMERIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION GINECOLOGIA Y PARTOS					UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 4553/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52343037		01	09	2017	30	09	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185. ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR 745184

Luz Andr Silva M.

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

CC. 52343037

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA

REFERENTE ENFERMERIA

FECHA 30 de septiembre 2017

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

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-09	2017-09	8469977255	8469977255	I	2017/09/15	2017/09/25	BANCO BOGOTA	10	$245,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$737,717	$118,100	EPS017	30	$737,717	$92,300	CCF21	30	$737,717	$14,800	14-23	30	$737,717	$18,000	30	$737,717	$0
Total	**Afiliados(1)**				$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0

PAGADO

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 52786567		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-09	2017-09	8469977255	8469977255	I	2017/09/15	2017/09/25	BANCO BOGOTA	10	$245,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$1,000	$0	$119,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$1,000	$0	$119,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$200	$0	$18,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$200	$0	$18,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$200	$0	$15,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$200	$0	$15,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$800	$0	$93,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$800	$0	$93,100
TOTAL				1	$243,200	$2,200	$0	$245,400

PAGADO

OTROSÍ N° 2 PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553** de 2017, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017.** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere prorrogarlo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018,** esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente prorroga el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS ($812.928) M/CTE. CLÁUSULA TERCERA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA CUARTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 31 de octubre de 2017.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'780.667 Bta.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Universitario	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

OTROSÍ N° 3 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017 de 2017;** en **OTROSI No 2** se prorrogo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018.** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.727.472).** **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($2.540.400).** **CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2534 del 31 de octubre de 2017, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 31 de octubre de 2017.

YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52786667 Bta
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

301

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	VERSION:4
		PAGINA:1 DE 1
		FECHA:06/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52,786,667						
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	6040141						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBREDNORTE							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ENFERMERÍA SUBA				SEDE:	Suba						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	103	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	0				TIPO DE CUENTA:	0						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4553-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10
NÚMERO DE CDP 1	2054	FECHA	01/09/2017	NÚMERO DE CRP 1	31310	FECHA	14/09/2017
NÚMERO DE CDP 2	2534	FECHA	31/10/2017	NÚMERO DE CRP 2	38398	FECHA	31/10/2017
NÚMERO DE CDP 3		FECHA		NÚMERO DE CRP 3		FECHA	
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	10	2017		31	10	2017	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,524,240	UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2,540,400
VALOR EJECUTADO	$2,540,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,795,216
TOTAL HORAS CONTRATADAS	192
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	212
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 **$1.844,293**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8471116301	737717	$92,215	$118,035	3	$17,971	**$228,220**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (Octubre) del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud SubRed Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION GINECOLOGIA Y PARTOS				UNIDAD:	SUBA		
No. DE CONTRATO: 4553/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	10	2017	31	10	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____
OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

TOTAL A PAGAR 1795216

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC. 52786667

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
REFERENTE ENFERMERIA
FECHA 31 de OCTUBRE 2017

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

aportes en línea

Resumen Gen...

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	e Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2017-10	2017-10	8471116301	8471116301	I	2017/10/17	2017/10/18	BANCO BOGOTA	1	$243,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$100	$0	$118,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$100	$0	$118,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$100	$0	$18,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$100	$0	$18,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$100	$0	$14,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$100	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$100	$0	$92,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$100	$0	$92,400
TOTAL				1	$243,200	$400	$0	$243,600

PAGADO

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-10	2017-10	8471116301	8471116301	I	2017/10/17	2017/10/18	BANCO BOGOTA	1	$243,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$737,717	$118,100	EPS017	30	$737,717	$92,300	CCF21	30	$737,717	$14,800	14-23	30	$737,717	$18,000	30	$737,717	$0
Total	**Afiliados(1)**				$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0

PAGADO

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 08/11/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	24 de noviembre 2017	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN	x	PRORROGA		OTRO (*)	

VALOR	$1.524.240	TIEMPO	

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	4553/2017	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$812.928	2054	01 DE SEPTIEMBRE 2017	31310	22 de septiembre 2017

FECHA INICIO	14 de septiembre 2017	FECHA TERMINACIÓN	30 DE SEPTIEMBRE 2017

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se Solicita Adición por valor de $ 1.524.240 AL CONTRATO No 4553/2017. Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los ntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

SE REQUIERE ADICION EL CONTRATO No 4553/2017 con el fin de garantizar la prestación del servicio como, AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
Adición No 1	1.727.472	2534	31 DE OCTUBRE 2017	38398	31 de octubre 2017
Adición No 2					
Adición No 3					
Adición No 4					
Adición No 5					
Adición No 6					
Adición No 7					
Adición No 8					
Adición No9					

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1	2 MESES 01 DE ABRIL AL 31 DE MAYO		
Prorroga No 2	TRES (3) MESES DE 01 JUNIO AL 31 AGOSTO		
Prorroga No 3	DOS MESES(2) 01 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE		
Prorroga No 4	DOS MESES Y 15 DIAS (01 NOVIEMBRE 2017 AL 15 DE ENERO 2018)		

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADOS	$2.540.400
VALOR. EJECUTADO	$2.540.400
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 0
% EJECUCIÓN	100%

firmas	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS(e)	DRA LILIANA CRISTINA VARGAS
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

OTROSÍ N° 4 ADICION AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017;** en **OTROSI No 2** se prorrogo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018;** en **OTROSI No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.727.472)**. Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240)**. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **CUATRO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($4.064.640). CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2689 del 24 de noviembre de 2017, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 24 de noviembre de 2017.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Adriana Silva Martinez

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 57886674
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-03
		VERSION:3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA:1 DE 1
	ASESORIA JURIDICA	FECHA:06/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	*SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA*												
TIPO DE DOCUMENTO:	*C.C*	*x*	*C.E*				*No.*	*52786667*					
CORREO ELECTRONICO:							CELULAR:	32033259431					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBA						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA						SEDE:	SUBA					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455270017060								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4553/2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11
NÚMERO DE CDP 1	2054	FECHA	01 DE SEPTIEMBRE 2017	NÚMERO DE CRP 1	31310	FECHA	22 de septiembre 2017
NUMERO DE CDP 2	2534	FECHA	31 DE OCTUBRE 2017	NÚMERO DE CRP 2	38398	FECHA	31 de octubre 2017
MERO DE CDP 3	2889	FECHA	24 de noviembre 2017	NÚMERO DE CRP 2	40831	FECHA	24 de noviembre 2017
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4		FECHA	
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	11	2017		30	11	2017	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,524,240								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4,064,640
VALOR EJECUTADO	$ 4,064,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,524,240
TOTAL HORAS CONTRATADAS	192
TAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	180
OR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100 %

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 $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8472231916		$ 92,215	$ 118,035	3	$ 17,971	$ 228,221

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de **NOVIEMBRE** del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA REFERENTE DE ENFERMERIA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 4553/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	11	2017	30	11	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO _____
OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• **Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.**	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1524240

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA CC. 52786667	ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA REFERENTE ENFERMERIA FECHA 30 DE NOVIEMBRE 2017

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-11	2017-11	8472231916	8472231916	I	2017/11/17	2017/11/20	BANCO BOGOTA	3	$244,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30	$737,717	$118,100	EPS017	30	$737,717	$92,300	CCF21	30	$737,717	$14,800	14-23	30	$737,717	$18,000	30	$737,717	$0
Total Afiliados(1)						$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0

PAGADO

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-11	2017-11	8472231916	8472231916	I	2017/11/17	2017/11/20	BANCO BOGOTA	3	$244,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$300	$0	$118,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$300	$0	$118,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$100	$0	$18,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$100	$0	$18,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$100	$0	$14,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$100	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$300	$0	$92,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$300	$0	$92,600
TOTAL				1	$243,200	$800	$0	$244,000

PAGADO

Secretaría Distrital de Salud E.S.E. Subred Norte E.S.E Unidad de Servicios de Salud Suba	**SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS**	CODIGO: AJ-F-03-01 VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA : 1 DE 1 FECHA: 08/11/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	**18 DE DICIEMBRE 2017**	**Fecha de Recepción: d/m/a**	

ADICIÓN [x] ***PRORROGA*** [ ] ***OTRO (*)*** [ ]

VALOR	$ 1.473.432	**TIEMPO**	

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	4553/2017	**CONTRATISTA:**	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.		

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$812.928	2054	01 DE SEPTIEMBRE 2017	31310	22 de septiembre 2017

FECHA INICIO	14 de septiembre 2017	FECHA TERMINACIÓN	30 DE SEPTIEMBRE 2017

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se Solicita Adición por valor de $ 1,473,432AL CONTRATO No 4553/2017. Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

SE REQUIERE ADICION EL CONTRATO No 4553/2017 con el fin de garantizar la prestación del servicio como, AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
Adición No 1	1.727.472	2534	31 DE OCTUBRE 2017	38398	31 de octubre 2017
Adición No 2	1.534.240	2689	24 de noviembre 2017	40831	24 de noviembre 2017
Adición No 3					
Adición No 4					
Adición No 5					
Adición No 6					
Adición No 7					
Adición No 8					
Adición No9					

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1			
Prorroga No 2			
Prorroga No 3			
Prorroga No 4			

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO$	$4.064.640
VALOR. EJECUTADO	$4.064.640
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 0
% EJECUCIÓN	100%

firmas	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	DRA CLARA YOLANDA PRADA GIL
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

OTROSÍ N° 5 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017;** en **OTROSI No 2** se prorrogo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018;** en **OTROSI No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.727.472)**; en **OTROSI No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240)**. Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.473.432)**. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **CINCO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($5.588.880). CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2971 del 18 de diciembre de 2017, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 18 de diciembre de 2017.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'186667 BTA
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

OTROSÍ N° 6 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017;** en **OTROSI No 2** se prorrogo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018;** en **OTROSI No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.727.472);** en **OTROSI No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240);** en **OTROSI No 5** se adiciono la suma de **UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.473.432).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE ($762.120).** **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($6.300.192).** **CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 3016 del 22 de diciembre de 2017, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 22 de diciembre de 2017.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-03
		VERSION:3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA:1 DE 1
		FECHA:06/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	***SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA***												
TIPO DE DOCUMENTO:	***C.C***	***x***	***C.E***				*No.*		***52786667***				
CORREO ELECTRONICO:							CELULAR:		32033259431				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:									SUBA				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**				SEDE:		**SUBA**				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	**DAVIVIENDA**						TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**451870105264**										PENSIONADO	**NO**	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4553/2017**			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			**12**
NÚMERO DE CDP 1	2694	FECHA	01 DE SEPTIEMBRE 2017	NÚMERO DE CRP 1	31310	FECHA	22 de septiembre 2017
NÚMERO DE CDP 2	2934	FECHA	31 DE OCTUBRE 2017	NÚMERO DE CRP 2	36398	FECHA	31 de octubre 2017
MERO DE CDP 3	2989	FECHA	24 de noviembre 2017	NÚMERO DE CRP 3	40831	FECHA	24 de noviembre 2017
NÚMERO DE CDP 4		FECHA		NÚMERO DE CRP 4	44225	FECHA	18 DE DICIEMBRE 2017
NÚMERO DE CDP 5		FECHA		NÚMERO DE CRP 5		FECHA	
NÚMERO DE CDP 6		FECHA		NÚMERO DE CRP 6		FECHA	
NÚMERO DE CDP 7		FECHA		NÚMERO DE CRP 7		FECHA	
NÚMERO DE CDP 8		FECHA		NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA		NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA		NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA		NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA		NÚMERO DE CRP 12		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2017		31	12	2017
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,524,240							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 5,538,072
VALOR EJECUTADO	$ 5,538,072
LOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,473,432
TOTAL HORAS CONTRATADAS	192
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	**174**
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8473363824	1056744	$ 92,215	$ 118,035	3	$ 17,971	$ 228,221

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de **DICIEMBRE** del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
REFERENTE DE ENFERMERIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 4553/2017	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	12	2017	31	12	2017

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• **Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185, ft-190.**	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1473432

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC. 52786667

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
REFERENTE ENFERMERIA
FECHA 31 DE DICIEMBRE 2017

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-12	2017-12	8473363824	8473363824	I	2017/12/18	2017/12/21	BANCO BOGOTA	3	$244,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$737,717**	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$737,717**	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
1	CC 52786667	SILVA LUZ	230201	30	$737,717	$118,100	EPS017	30	$737,717	$92,300	CCF21	30	$737,717	$14,800	14-23	30	$737,717	$18,000	30	$737,717	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$737,717**	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0

PAGADO

2017/12/21 11:59 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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2017-12	2017-12	8473363824	8473363824	I	2017/12/18	2017/12/21	BANCO BOGOTA	3	$244,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$300	$0	$118,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$300	$0	$118,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$100	$0	$18,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$100	$0	$18,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$100	$0	$14,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$100	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$300	$0	$92,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$300	$0	$92,600
TOTAL				1	$243,200	$800	$0	$244,000

PAGADO

2017/12/21 11:59 AM

OTROSÍ N° 7 PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017;** en **OTROSI No 2** se prorrogo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018;** en **OTROSI No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.727.472);** en **OTROSI No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240);** en **OTROSI No 5** se adiciono la suma de **UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.473.432);** en **OTROSI No 6** se adiciono la suma de **SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE ($762.120).** Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere prorrogarlo por un término de **quince (15) dias. 4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** PRORROGUESE el plazo de duración del Contrato objeto del presente Otrosí por un término de duración de **quince (15) dias;** desde **16 de enero de 2018** y hasta el **31 de enero de 2018**, esto, desde la fecha de fenecimiento del plazo inicialmente convenido. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente prorroga el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($6.300.192). CLÁUSULA TERCERA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA CUARTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 15 de enero de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667 Bta.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

040-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 17 De 2018

CRP. N°: 2300

COPIA

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA :

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DELPRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2018 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO DEL RUBRO.....: 2321030501000000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE DEL RUBRO.....: CONTRATACIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO: 121 -

LA SUMA INICIAL DE: 812,928.00
CON UN REINTEGRO DE: 0.00
POR UN VALOR ACTUAL DE: 812,928.00
OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: AD. CT. NO.4553-17 AUXILIAR DE ENFERMERIA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: 4553-17
A NOMBRE DE: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
CC. o NIT: 52786667-4
OBJETO: AD. CT. NO.4553-17 AUXILIAR DE ENFERMERIA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA A LOS 17 DIAS DEL MES DE Enero DE 2018

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Suba	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 08/11/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	17 DE ENERO 2018	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN X **PRORROGA** **OTRO (*)**

VALOR	$ 812,928	TIEMPO	

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	4553/2017	CONTRATISTA:	SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$812.928	2054	01 DE SEPTIEMBRE 2017	31310	22 de septiembre 2017

FECHA INICIO	14 de septiembre 2017	FECHA TERMINACIÓN	30 DE SEPTIEMBRE 2017

* DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Solicita Adición por 15 días (16 de enero al 31 de enero de 2018) AL CONTRATO No 4553/2017. Para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se Solicita Adición 15 días (16 de enero al 31 de enero de 2018) EL CONTRATO No 4553/2017 con el fin de garantizar la prestación del servicio como. AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.

ADICIÓNES	VALOR ADICIONADO	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
Adición No 1	1,727,472	2534	31 DE OCTUBRE 2017	38398	31 de octubre 2017
Adición No 2	1,524,240	2689	24 de noviembre 2017	40831	24 de noviembre 2017
Adición No 3	1,473,432	2971	18 de diciembre 2017	44225	18 de diciembre 2017
Adición No 4	762,120	3016	22 de diciembre 2018	46189	22 de diciembre 2018
Adición No 5					
Adición No 6					
Adición No 7					
Adición No 8					
Adición No 9					
Adición No 10					
Adición No 11					

PRORROGAS	TIEMPO PRORROGADO	REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1	DOS MESES(2) 01 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE		
Prorroga No 2	DOS MESES(2) 01 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE		
Prorroga No 3	01 DE NOVIEMBRE AL 15 DE ENERO 2018		
Prorroga No 4			

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO$	$6,300,192
VALOR. EJECUTADO	$ 5,538,072
TOTAL GLOSA	0
SALDO CONTRATO	$ 812928
% EJECUCIÓN	97%

firmas	DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	DRA. CLARA YOLANDA PRADA GIL
	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
	Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

OTROSÍ N° 8 ADICIÓN AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 4553 -2017 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

Entre los suscritos **YIDNEY GARCIA RODRIGUEZ,** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadania No. 52.187.421 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 159 del 05 de abril de 2017 y posesionada el 07 de abril del mismo año, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.,**Nit.900971006-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 024 de 20 de septiembre de 2017 y Manual de Contratación Resolución N° 0371 de 08 de julio de 2016 de la Subred, modificado parcialmente mediante Resolución N° 781 de 28 de noviembre de 2016, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA** hemos convenido celebrar el presente OTROSI al Contrato de Prestación de Servicios N° **4553 de 2017**, de conformidad con la solicitud hecha por el supervisor del contrato mediante formato de Solicitud de Otrosí, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que el 14 de septiembre de 2017, se celebró el Contrato de Prestación de Servicios No. **4553 de 2017,** cuyo objeto es Prestar servicios 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. **2)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de **dieciseis (16) dias,** contados a partir del **14 de septiembre de 2017** y hasta el **30 de septiembre de 2017. 3)** Que el valor inicial del contrato fue la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** Que al contrato inicial en **OTROSI No 1** se prorrogo por un término de **un (1) mes;** desde **01 de octubre de 2017** y hasta el **31 de octubre de 2017;** en **OTROSI No 2** se prorrogo por un término de **dos (2) meses y quince (15) dias;** desde **01 de noviembre de 2017** y hasta el **15 de enero de 2018;** en **OTROSI No 3** se adiciono la suma de **UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.727.472)**; en **OTROSI No 4** se adiciono la suma de **UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($1.524.240)**; en **OTROSI No 5** se adiciono la suma de **UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.473.432)**; en **OTROSI No 6** se adiciono la suma de **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928)**; en **OTROSI No 7** se prorrogo por un término de **quince (15) dias;** desde **16 de enero de 2018** y hasta el **31 de enero de 2018**. Que por necesidades de servicio y mediante requerimiento avalado por el Ordenador del Gasto, se requiere adicionar el valor del Contrato. **4)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato objeto del presente otrosí, en un monto de, **OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($812.928).** **CLÁUSULA SEGUNDA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **4553 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SIETE MILLONES CIENTO TRECE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE ($7.113.120).** **CLÁUSULA TERCERA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA CUARTA:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 121 del 17 de enero de 2018, Nombre del Rubro: – Contratacion Servicios Asistenciales Generales Código 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLÁUSULA QUINTA:** Las demás condiciones del Contrato siguen vigentes en lo que no se oponga al contenido de la presente acta. **CLÁUSULA SEXTA:** El presente Otrosí, se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá D.C., el día 17 de enero de 2018.

YIDNEY GARCÍA RODRIGUEZ
GERENTE
CONTRATANTE

Luz Andrea Silva Martinez
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA
C.C. No. 52'786.667 Bta.
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Camilo D'aleman G.	Profesional Administrativo	
Revisado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	
Aprobado por:	Álvaro Galvis Barrios	Director de Contratación	

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-12-03
Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSION:3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA:1 DE 1
		FECHA:06/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	*SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA*												
TIPO DE DOCUMENTO:	*C.C*	*X*	*C.E*		*No.*		*52786667*						
CORREO ELECTRONICO:	mayecastano@hotmail.com				CELULAR:		3203146419						
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBA						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				SEDE:		SUBA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455270017060								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4553/2017		Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			13
NÚMERO DE CDP 1	2054	FECHA 01 DE SEPTIEMBRE 2017	NÚMERO DE CRP 1	31310	FECHA	22 de septiembre 2017
NÚMERO DE CDP 2	2534	FECHA 31 DE OCTUBRE 2017	NÚMERO DE CRP 2	38398	FECHA	31 de octubre 2017
MERO DE CDP 3	2689	FECHA 24 de noviembre 2017	NÚMERO DE CRP 2	40831	FECHA	24 de noviembre 2017
NÚMERO DE CDP 4	2971	FECHA 18 de diciembre 2017	NÚMERO DE CRP 4	44225	FECHA	18 DE DICIEMBRE 2017
NÚMERO DE CDP 5	3016	FECHA 22 de diciembre 2018	NÚMERO DE CRP 5	46645	FECHA	22 de diciembre 2018
NÚMERO DE CDP 6	121	FECHA 17 DE ENERO 2018	NÚMERO DE CRP 6	46189	FECHA	17 DE ENERO 2018
NÚMERO DE CDP 7		FECHA	NÚMERO DE CRP 7	2300	FECHA	17 de enero 2018
NÚMERO DE CDP 8		FECHA	NÚMERO DE CRP 8		FECHA	
NÚMERO DE CDP 9		FECHA	NÚMERO DE CRP 9		FECHA	
NÚMERO DE CDP 10		FECHA	NÚMERO DE CRP 10		FECHA	
NÚMERO DE CDP 11		FECHA	NÚMERO DE CRP 11		FECHA	
NÚMERO DE CDP 12		FECHA	NÚMERO DE CRP 12		FECHA	
NÚMERO DE CDP 13		FECHA	NÚMERO DE CRP 13		FECHA	
			NÚMERO DE CRP 14		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	01	2018		31	01	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 1,575,048								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 7,113,120
VALOR EJECUTADO	$ 7,113,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1,575,048
TOTAL HORAS CONTRATADAS	192
L HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	**186**
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

EL INTERVENTOR O SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.844.293 el valor para IBC deben ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8474472180		$ 92,215	$ 118035	3	$ 17,971	$ 228,221

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de enero del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA
REFERENTE DE ENFERMERIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ ANDREA SILVA MARTINEZ
SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA C.C No 52786667
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CODIGO: AJ-F-11-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/01/2017

AREÁ Y/O SERVICIO: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA				UNIDAD:		SUBA		
No. DE CONTRATO: 4553/2017	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO: 52786667		01	1	2018	31	1	2018

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBJETO DEL CONTRATO: **AUXILIAR DE ENFERMERIA, para la prestación de los servicios de Hospitalización, quirófanos y Urgencias, en los puntos de atención habilitados en la Unidad de Servicios de Salud Suba.**

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Dar cumplimiento a las actividades asignadas por el profesional de enfermería frente al plan de cuidados de cada paciente.	• 100%	• Se Realiza registro de actividades de enfermería sistematizada, se cumple con las actividades interpuestas por la Jefe del departamento.	• Registro de actividades en la historia clínica.
• Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y los definidos en el manual de procedimientos del Hospital.	• 100%	• Realiza un adecuado Registro en libros, historia sistematizada, todo de acuerdo a los manuales estipulados por el Hospital.	• Registro en libros, diligenciamiento de historia clínica..
• Dar cumplimiento a las órdenes médicas establecidas a cada paciente según su perfil y competencias.	• 100%	• Cumple siguiendo las órdenes médicas, para prestar una adecuada atención al paciente.	• Registro en la historia clínica, satisfacción de los profesionales.
• instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir luego del egreso hospitalario en coordinación con la enfermera jefe.	• 100%	• En compañía de la Enfermera de área, se explica al paciente el plan de cuidados a seguir luego de la salida de la Institución.	• Registro en historia clínica y kardex de enfermería elaborado por cada uno de los pacientes.
• Informar alertas oportunamente al médico tratante y/o enfermera de los cambios significativos que se presenten en el estado de salud del paciente.	• 100%	• Cumple estando pendiente del paciente, control de signos, instrucciones del médico tratante se realizan notas de enfermería en Historia clínica.	• Registro en historia clínica, informa oportunamente los hallazgos encontrados.
• Aplicar principios de bioseguridad y asepsia en la ejecución de cualquier procedimiento relacionado con la atención del paciente.	• 100%	• Se realiza un cronograma de desinfección semanal y diaria relacionada con los principios de bioseguridad hacia el paciente.	• Registro en los libros de limpieza y desinfección, y en historia clínica.
• Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, realizar la notificación oportuna de los eventos en salud pública así como los eventos adversos.	• 100%	• Se realiza un registro en plataforma institucional, fichas de notificación, las cuales se envían informes a los entes encargados para su verificación.	• Registro en la plataforma institucional.
• Cumplir con los estándares de calidad, protocolos y guías de manejo establecidas para el desarrollo de cada una de las actividades de enfermería en la Unidad prestadora de servicios de salud, manteniendo un grado de adherencia mayor o igual al 96%.	• 100%	• Realiza registro y notas de enfermería cumpliendo con adherencia a protocolos y guías, con la información requerida de los pacientes.	• Registro en las notas de enfermería y libros.
• Prestar un servicio humanizado aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta en forma oportuna al 100% a quejas reclamos y sugerencias.	• 100%	• Cumple con el protocolo de humanización, manejando un trato humanizado hacia el paciente, garantizando una oportuna atención con calidad y calidez.	• No se presenta reporte alguno sobre quejas o mala atención.
• Asistir y participar en las reuniones, capacitaciones y espacios institucionales que se convoquen.	• 100%	• Cumple asistiendo a las capacitaciones y/o reuniones solicitadas por las áreas de coordinación y/o líderes de servicio la evidencia se encuentra en los listados de asistencia ft-185. ft-190.	• Registro en los listados de asistencia.
• Mantener una presentación personal adecuada: uniforme, uñas cortas sin esmaltes, cabellos recogidos, no uso de collares, anillos, pulseras, relojes.	• 100%	• Cumple con las normas de presentación personal, establecidas por la Institución y/o jefe inmediato.	• Presentación personal excelente.
• Apoyar los diferentes servicios de la institución en el momento que se requiera.	• 100%	• Apoya los demás servicios cuando sea requerida por necesidad del servicio.	• Se traslada a los diferentes servicios según necesidad del hospital.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

TOTAL A PAGAR $ 1575048

Juz Andrea Silva Martinez

SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA

CC. 52786667

ROSSY JANNETH PEÑA GARCIA

REFERENTE ENFERMERIA

FECHA 31 DE ENERO 2018

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-01	2018-01	8474472180	8474472180	I	2018/01/17	2018/01/18	BANCO BOGOTA	1	$243,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,100	$100	$0	$118,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$118,100	$100	$0	$118,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,000	$100	$0	$18,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,000	$100	$0	$18,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$100	$0	$14,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$14,800	$100	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,300	$100	$0	$92,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$92,300	$100	$0	$92,400
TOTAL				1	$243,200	$400	$0	$243,600

PAGADO

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 52786667		SILVA MARTINEZ LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 92 80C 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6040141	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-01	2018-01	8474472180	8474472180	I	2018/01/17	2018/01/18	BANCO BOGOTA	1	$743,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres			Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0
1	CC	52786667	SILVA LUZ	230201	30		$737,717	$118,100	EPS017	30	$737,717	$92,300	CCF21	30	$737,717	$14,800	14-23	30	$737,717	$18,000	30	$737,717	$0
Total Afiliados(1)							$737,717	$118,100			$737,717	$92,300			$737,717	$14,800			$737,717	$18,000		$737,717	$0

PAGADO

2018/01/18 01:12 PM