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:	GOMEZ MEZA JULY ANDREA		168007
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1030627504
CORREO	julygomez.0308@gmail.com	CELULAR	3154359204
PROCESO:	ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL		
SERVICIO:	ENTORNO HOGAR E	UNIDAD:	Ferias

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

BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	59679748437		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7846-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45686	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1562	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 2	48174	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 3	54223	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60919	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	64097	FECHA	22/11/2021

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2021		30	11	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,627,684	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:	23,073,232
VALOR EJECUTADO:	19,308,960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,627,744
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,764,272
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	83.69 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
54652108	181,500	232,400	3	35,400	0	449,300
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre 2021

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

July Andrea Gomez Meza
GOMEZ MEZA JULY ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

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

ÁREA Y/O SERVICIO:	ENTORNO HOGARES			UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	7846-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:	1.030.627.504		1	11	2021	30	11	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULY ANDREA GOMEZ MEZA							
OBJETO DEL CONTRATO:	PSICOLOGA							

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.	5%	1. Elaboración de los productos a cargo con los criterios de Continuidad, Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Seguridad, Eficiencia y Eficacia solicitados 2. Entrega de soportes de los productos solicitados con los criterios de calidad garantizando el alistamiento oportuno para los procesos de auditoria y certificación	Se entrega productos acargo de la Bina 02. De acuerdo a meta socializada para el mes de Septiembre de 2021 . "con los criterios de calidad soportado en actas de precrítica y certificación mensual"
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.	15%	1. Garantizar a través del seguimiento del talento humano a cargo, la implementción de acciones de educativas de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el Entorno Hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud 2. Garantizar a través del seguimiento del talento humano a cargo, la implementación de acciones informativas sobre los Derechos y Deberes de los Usuarios a la población intervenida en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred, la atención humanizada y centrada en el usuario, la participación comunitaria y la corresponsabilidad	Se intervinieron usuarios en familias en las que se realizaron acciones de información y educación, para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el Entorno Hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.
3. Desarrollar actividades dentro del Entorno Hogar, entre las cuales se destaca, el desarrollo y realización de caracterizaciones del abordaje Familiar	80%	Durante el mes de se realizaron las siguientes acciones: Caracterizaciones a familias de la localidad de Usaquen, Suba, Engativa, Chapinero y Barrios Unidos. Asistencia a reuniones convocadas por el Entorno Hogar e Institucional con lideres, entrega de soportes de caracterización para digitación, entrega de soportes de caracterización y seguimientos, retroalimentación de bases digitales de: Casos 2021, seguimiento a familias 2021 y bases de angeles guardianes.	Entrega de 70 soportes fisicos de caracterización e implementación con los tamizajes respectivos según necesidad (Apgar familiar,tamizajes SRQ, Formato de OMS, COPE 28 y formato de implementación plan familiar), soporte digital de: Casos 2021, seguimiento a familias. Se entregan 13 soportes de caracterización, 55 implementaciones y se realizan 4 seguimientos telefonicos
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100,00%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	3,627,744

TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

July Andrea Gomez Meza

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULY ANDREA GOMEZ MEZA

CC 1030627504

FECHA	30	11	2021

Firma de recibido supervisor: JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030627504	JULY ANDREA GOMEZ MEZA		Carrera 87 K #59-36 sur	3154359204	julygomez.0308@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-10	2021-10	I	11/11/2021	54652108	TOTAL A PAGAR	
					$449.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	181.500	0		0		0	0	0	0	181.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	232.400	0	0	0	0	0	0		232.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.500	181.500
Pensión	1	232.400	232.400
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.300	449.300

COPIA

Periodo: Noviembre 2021

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

Nro. Contrato	Tipo Documen	Documento	Contratista	Cargo	Centro Costos	Dias	Hora1	Hora2	Event o1	Event o2	Valor Certificado	Saldo	Factura	Orden Pago
7839-2021	Cedula	1095958074	FONSECA BANDERA ENA ROSA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ENFERMERO	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7842-2021	Cedula	1030609819	GAMBOA CHAVARRO ANDERSON ESTID	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ENFERMERO	A00		186	0			3,627,744	3,803,280		SI
7843-2021	Cedula	52979033	GARAVITO PULIDO BIBIANA ANDREA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7846-2021	Cedula	1030627504	GOMEZ MEZA JULY ANDREA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	3,764,272		SI
7848-2021	Cedula	1023952168	GOMEZ SERRANO KAREN TATIANA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ENFERMERO	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7849-2021	Cedula	1020783075	GOMEZ TORRES MARIA NATALIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ENFERMERO	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7850-2021	Cedula	1022971420	GONZALEZ TORRES GINNETHE	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7851-2021	Cedula	52959888	GONZALEZ TUNJO JOHANNA MARCELA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7852-2021	Cedula	39728830	GUTIERREZ CARRILLO LINA MARGARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ODONTOLOGO	A00		186	0			3,627,744	3,939,808		SI
7853-2021	Cedula	52956196	GUTIERREZ CRUZ MERLY JULIETH	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	3,627,744		SI
7854-2021	Cedula	92509743	GUTIERREZ GUTIERREZ LUIS ALBERTO	TÉCNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	2,232,372		SI



TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
01/12/2021 08.16.47