Periodo: Diciembre 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
			ENRIQUE	SISTEMAS										
9983-2021	Cedula	1014298501	AYALA VARGAS JUAN	TECNICO EN SISTEMAS	A00		112	0			1,344,224	590,559		SI
9985-2021	Cedula	1000121830	PAEZ CARDENAS MIGUEL ANGEL	DIGITADOR (A)	A00		130	0			1,170,130	280,898		SI
9989-2021	Cedula	1020761443	HURTADO PE	PSICOLOGO (A)	A00		130	0			2,535,520	608,525		SI
9990-2021	Cedula	1013611322	BALLEN LOZANO YEIMY	DIGITADOR (A)	A00		160	0			1,440,320	10,802		SI
9991-2021	Cedula	52615874	SANCHEZ MU	TERAPEUTA OCUPACIONAL - ESPECIALIZADO	A00		136	0			3,468,544	642,701		SI
9996-2021	Cedula	1013594706	ROJAS RINCON MAYRA ALEJANDRA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO LV -	A00		98	0			2,499,392	1,611,873		SI
9998-2021	Cedula	1018420743	BAEZ CORTES NATALI	PROFESIONAL ESPECIALIZADO LV -	A00		93	0			2,371,872	1,739,393		SI
9999-2021	Cedula	1018444531	BERMUDEZ PACHECO JEBIFFER YOMARA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO LV -	A00		130	0			3,315,520	795,745		SI

Total registros: 1787

5,155,250.44

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
27/12/2021 10.34.29

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 : RUTAS PYD				**UNIDAD:**	**Salud Publica-Pic**		
No. DE CONTRATO : 9989 DE 2021	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 1.020.761.443		**10**	**12**	**2021**	**31**	**12**	**2021**

NOMBRE COMPLETO: HURTADO PEÑA DIANA PATRICIA

OBJETO DEL CONTRATO : Prestar servicios como PSICOLOGO (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, conforme a lo previsto en el Convenio Interadministrativo de Ruta de Atención Integral en Salud para los Problemas y Trastornos Mentales en sus diferentes tramos - Vigente.

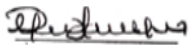
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ____ NO _____

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUT	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Acompañamiento Socializaciónes y fortalecimientos personal unidades de servicios de salud.	20%	Se realizan socializaciones unidades de servicios de salud y fortalecimientos	Actas Socializaciones, actas fortalecimientos.
Acompañamiento en Articulaciónes	20%	Reuniones sectoriales e intersectoriales	Actas articulaciones
Acompañamiento socializacion ruta en comunidad	20%	Actividad educativa para comunidad	Acta, formatos de asistencia participantes, registro fotografico
Mesas de trabajo Subredes Integradas de servicios de Salud	20%	Asitencia a reuniones de acuerdo al cronograma desde los SDS, con el fin de dar cumplimiento a los compromisos del convenio 0014- 2021	Actas de reunion
Reuniones fortalecimiento equipo Ruta Salud de Mental	20%	Reuniones de capacitación inducción 0014- 2021	Actas asistencia reunion inducción

OBSERVACIONES: NO APLICA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 2,535,520 Dos Millones Quinientos Treinta y Cinco Mil Quinientos Veinte pesos

NOMBRE COMPLETO: DIANA PATRICIA HURTADO



FIRMA DEL CONTRATISTA:

_____

Fecha : 31/12/2021

Firma de recibido supervisor: Johanna Andrea Torres Ruiz

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:	HURTADO PE		176281
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1020761443
CORREO	dphurtadop1@gmail.com	CELULAR	3114891089
PROCESO:	Ruta de la Salud		
SERVICIO:	Ruta de la Salud	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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	9989-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	2198	FECHA	21/10/2021	NÚMERO DE CRP: 1	68445	FECHA	02/12/2021

OBJETO:	PSICOLOGO (A)								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	12	2021		31	12	2021	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	3,627,744	VALOR LETRAS							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	3,144,045
VALOR EJECUTADO:	2,535,520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,535,520
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	130
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	608,525
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	80.65 %

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
9989202111	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

INGRESA EL DIA 10/12/2021

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 Diciembre 2021

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA	HURTADO PE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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