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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: | Equipos Territoriales | | | UNIDAD: | | | Salud Publica-Plc | | |
| No. DE CONTRATO: | 627-2022 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: | 53076855 | | 1 | 3 | 2022 | 31 | 3 | 2022 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Medina Remicio Norma | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución | | | | | | | | |

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI 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. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas<br>2. Constatar la afiliación de los integrantes dela familia al Sistema de Seguridad Social en Salud y registrar los resultados en el formulario pertinente<br>3. Actualizar los datos básicos y generar las novedades de lo identificado en la familias frente al sistema de Seguridad Social en Salud<br>4. Apoyar al medico en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y verificación de condiciones de aseguramiento<br>5. Realizar y registrar la caracterización ambiental del hogar con base en el formato definido para este fin.<br>6. Ingresar junto con el medico y un resumen de atención básica en el formato definido para tal fin.<br>7. Llevar cuenta del estado y del inventario el Kit diagnostico con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento de equipos<br>8. Orientar e informar a las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas<br>9. Registrar los resultados de la visita en la herramienta prevista para tal efecto, de manera que quede a disposición del resto de miembros del Equipo Territorial.<br>10. Apoyar al medico en solicitar apoyo al centro regular de Urgencias y Emergencias CRUE., en caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas<br>11. Participar en los comités del cuidado<br>12. Asistir a reuniones y/o espacios de dialogo con los Gestores y grupo general con el fin de notificar e identificar necesidades de entornos.<br>13. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda, en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla.<br>14. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el registro de cada atención.<br>15. Aportar a los procesos de gestión documental, de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred. | 1.Participacion en los comites de cuidado 2. Entrega de fichas debidamente diligenciadas. 3. Toma de signos vitales y registro en las fichas 4. Registro de los resultados de las visitas en las herramientas previstas de manera que queden ha disposicion del resto de los miembros del equipo territorial 5. Orientar a las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas 6. Confirmar la afiliación de los integrantes de la familia al sistema de seguridad social en salud y el debido registro 7.Asistir a reuniones y/o espacios de dialogo con los gestores y grupo en general con el fin de notificar e identificar necesidades entornos. |
| 3. 1. Que la subred integrada de servicios de salud es una empresa social del estado creada como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa mediante el acuerdo 641 de 2016, que tiene por objeto prestar servicios de salud integrales y de calidad en todos los niveles de complejidad a la población objeto de las localidades de chapinero, Usaquén, Engativá, suba, barrios unidos y demás que demanden los servicios de salud, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población. quienes, a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad pueda dar cumplimiento a la satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al derecho a la salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.<br>2. Que de conformidad con el Numeral 6 del Artículo 195 de la Ley 100 de 1993, en materia contractual la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte se someterán al régimen del derecho privado, pero podrán aplicar, discrecionalmente las cláusulas excepcionales previstas en el estatuto General de Contratación de la Administración pública.<br>3. La Direccion Gestion del Riesgo en Salud require la contratacion de un AUXILIAR DE ENFERMERIA para dar cumplimiento a las metas establecidas en el marco del convenio en ejecucion, para el desarrollo de acciones de EQUIPOS TERRITORIALES, en tanto que no cuenta con personal suficiente para satisfacer dichas metas | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN: | 100% | | |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) | $ 2232558<br>DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS |

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Medina Remicio Norma

CC 53.076.855

Fecha : 31/ 03/ 2022

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.

Escaneado con CamS

ASOPAGOS
S.A.

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | [illegible] |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | CC-[illegible] |
| SUCURSAL | 0 |
| FECHA PAGO | 2022-02-19 |
| IDENTIFICACIÓN EMPLEADO | CC-[illegible] |
| NOMBRE EMPLEADO | [illegible] |
| EPS | COMPENSAR SERVICIO PREPAGADA DE SALUD |
| AFP | PROTECCION S/A-PROTECCION |
| CAJA COMPENSACIÓN | Caja de Compensacion Familiar COMFENAR |
| ARL | ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. |
| NUMERO PLANILLA | 22854777 |
| REFERENCIA PAGO(PSE) | |
| TIPO PLANILLA | I |
| PERIODO PENSIÓN | 2022-02 |
| PERIODO SALUD | 2022-02 |
| TIPO COTIZANTE | Independiente |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| NOVEDAD INGRESO REGAL | |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha SLN | IGE | Cantidad IGE | Fecha IGE | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Cantidad VAC | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Cantidad VCT | Fecha VCT Fin | IRL | Cotizante exter | Horas IRL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

## SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 30 | 1.000.000 | 0.160000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

## SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 1.000.000 | 12.500000 | $ 125.000 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

## SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 30 | 1.000.000 | 0.2436000 | $ 24.400 | 3 |

## APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | Min de Educación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatoria | IBG | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatoria |
| 30 | 1.000.000 | 0.0400000 | $ 40.000 | 0 | 0.0000000 | $ 0 | 0.0000000 | $ 0 | 0.0000000 | $ 0 | 0.0000000 | $ 0 |

## TOTAL COTIZACION EMPLEADO

| Pension | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 160.000 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 40.000 | $ 349.400 |



Escaneado con CamS

| 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-GTA-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: | MEDINA REMICIO NORMA | | 1922341 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 53076855 |
| CORREO | nmedina1032@hotmail.com | CELULAR | 3124958691 |
| PROCESO: | Convenio Enterritorio | | |
| SERVICIO: | Convenio Enterritorio | 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 | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 007380761382 | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0627-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 169 | FECHA | 20/01/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 9086 | FECHA | 31/01/20222 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | 01 | 03 | 2022 | | 31 | 03 | 2022 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | |
| VALOR MES | 2,232,558 | 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: | 6,697,674 |
| VALOR EJECUTADO: | 3,792,948 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,232,558 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 2,904,726 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 56.63 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22854777 | 125,000 | 160,000 | 3 | 24,400 | 40,000 | 349,400 |
| | 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 segun planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Marzo 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MEDINA REMICIO NORMA
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

Escaneado con CamS

| 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: | MEDINA REMICIO NORMA | | 192341 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 53076855 |
| CORREO | nmedina1032@hotmail.com | CELULAR | 3124958631 |
| PROCESO: | Convenio Enterritorio | | |
| SERVICIO: | Convenio Enterritorio | 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 | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 007380761382 | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0627-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 169 | FECHA | 20/01/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 9066 | FECHA | 31/01/2022 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | 01 | 03 | 2022 | | 31 | 03 | 2022 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | | |
| VALOR MES | 2,232,558 | 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: | 6,697,674 |
| VALOR EJECUTADO: | 3,792,948 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,232,558 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 2,904,726 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 56.63 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22854777 | 125,000 | 160,000 | 3 | 24,400 | 40,000 | 349,400 |
| | 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 Marzo 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MEDINA REMICIO NORMA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Para firma cuando se ausente del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se designa que este sea firmado por supervisor encargado

Escaneado con CamS