	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.	VERSIÓN: 2
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

			UNIDAD:			Salud Publica-Pic		
ÁREA Y/O SERVICIO:	Equipos Territoriales		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	032 2022	Periodo certificado	1	4	2022	30	4	2022
DOCUMENTO:	1101175210							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Marin Ruiz Diana Carolina							
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 Presentacion al area de trabajo 2 aportar al cumplimiento de las metas acordadas 3 asistir a los comites de cuidado 4 asistir a reuniones y espacios de dialogocon los gestores y grupo generalcon el fin de notificar e identificarnesecidades entornos 5 Apollo apollo a enfermeria realizando planes de cuidado y manejo para la poblacion priorizada como alta y media complejidad identificando salud oralhabitos alimenticios,salud sexual y reproductiva como manejo de la condicion fisica reciduos organicos dentro del lugar de vivienda 7 una vez realizado el plan de cuidado para las familias como apollo la operacion en terreno en la localidad de barrios unidos,participo en la retroalimentacion en los respectivos hogares.8 asistencia a comite semanalsocializacion equipo territorial base y complementario gestionando dudas gestores encargados de secretaria de salud y cordinadores del proceso con su respectiva acta 9 distribucion de roles y plan de trabajo	1 Asistir a comites de cuidado 2 orientacon a la familia sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las nesecidades sociales y de salud identificadas 3registro de los resultados de la visita en las herramientas previstas de manera que quede a disposicion del resto de miembros del equipo territorial
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.			
3.	1. Que la subred integrada de servicios de salud es una empresa social del estado creada como una categoría especial de entidad publica 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. 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 publica. 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 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

Diana Carolina Marin Ruiz

NOMBRE COMPLETO, LEGIBLE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Marin Ruiz Diana Carolina

cc 1.101.175.210

Fecha: 30/ 04/ 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 CamScanner

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 1101175210		MARIN RUIZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 92 #74 SUR 66	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125565560	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	57152474	9432472672	I	2022/04/05	2022/04/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL					**$309,400**	**$0**	**$0**	**$309,400**

Escaneado con CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101175210		MARIN RUIZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 92 #74 SUR 66	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125565560	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	57152474	9432472672	I	2022/04/05	2022/04/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$309,400

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)					**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$1,000,000**	**$24,400**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC 1101175210	MARIN DIANA	230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

Escaneado con CamScanner

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:	MARIN RUIZ DIANA CAROLINA			196691
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1101175210	
CORREO	dianacarolinamarinruiz90@g	CELULAR	3127777882	
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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0032-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	66	FECHA	03/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	390	FECHA	07/01/2022
NÚMERO DE CDP: 2	595	FECHA	18/02/2022	NÚMERO DE CRP: 2	14009	FECHA	18/02/2022

OBJETO:	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2022		30	04	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,232,442	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:	8,558,042
VALOR EJECUTADO:	8,042,010
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:	516,032
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	93.97 %

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
9432472672	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Abril 2022
TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Carolina Marin Ruiz
MARIN RUIZ DIANA CAROLINA
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 CamScanner

Periodo: Abril 2022

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
0025-2022	Cedula	1064553532	QUIÑONES LEON JUAN PABLO	TECNICO II - TECNICO EN SISTEMAS	A00		186	0			2,232,372	744,182		SI
0026-2022	Cedula	11032517	LOZANO BANDERA JOHN JAIRO	TECNICO II - TECNICO EN SISTEMAS	A00		186	0			2,232,372	324,112		SI
0028-2022	Cedula	1022946837	MORA COBOS YINETH FERNANDA	TECNICO II - TECNICO AMBIENTAL	A00		199	0			2,388,398	60,010		SI
0029-2022	Cedula	1023019801	CORTEZ DIAZ GERALDINE MILENA	GESTOR COMUNITARIO	A00		217	0			1,627,717	0		SI
0032-2022	Cedula	1101175210	MARIN RUIZ DIANA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	516,032		SI

Escaneado con CamScanner