Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:		Equipos de Atencion en Casa				UNIDAD:		SALUD PUBLICA FERIAS	
No. DE CONTRATO:		620-2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ		1/05/2022			31/05/2022		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Muñoz Ortiz Diana Carolina	DOCUMENTO:	1151950939					
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							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____		100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
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.	
1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas 2. Constatar la afiliación de los integrantes dela familia al Sistema de Seguridad Social en Salud y registrar los resultados en el formulario pertinente 3. Actualizar los datos básico y generar las novedades de lo identificado en la familias frente al sistema de Seguridad Social en Salud 4. Apoyar al medico en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y verificación de condiciones de aseguramiento 5. Realizar y registrar la caracterización ambiental del hogar con base en el formato definido para fin. 6. Ingresar junto con el medico y un resumen de atención básica en el formato definido para ta fin. 7. Llevar cuenta del estado y del inventario el Kit diagnostico con el fin de solicitara reposición de insumos y/o mantenimiento e equipos 8. Orientar e informa a las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas 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. 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 11. Participar en los comités del cuidado 12. Asistir a reuniones y/o espacios de dialogo con los Gestores y grupo general con el fin e notificar e Identificar necesidades entornos. 13. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda, en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla. 14. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el registro de cada atención. 15. Aportar a los procesos de gestión documental, de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred.	1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas 2. constatar la afiliacion de los integrantes de la familia al sistema de seguridad social en salud y registrar los resultados en el formulario pertinente. 3. actualizar los datos basicos y generar las novedades de lo identificado en las familias frente a el sistema de seguridad social en salud 4. apoyas a el medico en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificacion de riesgos en salud y verificacion de condiciones de aseguramiento.5. realizar y registrar la caracterizacion ambiental del hogar con base en el formato definido para tal fin.6. ingresar juntos con el medico y un resumen de atencion basica en el formato definido para tal fin.7.llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnostico con el fin de solicitar reposicion de insumos y/o mantenimiento de equipos.8. orientar e informar a las familias a las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas .9. registrar los resultados de la visita en la herramienta prevista para tal efecto de manera que quede a disposicion del resto de miembros del equipo territorial. 10. apoyar al medico en solicitar apoyo al centro regular de urgencias CRUE, en caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas. 11.participar en los comite de cuidado. 12.asistir a reuniones y /o espacios de dialogo con los gestores y grupo general con el fin de notificar e identificar necesidades en el entorno. 13. reportar puntual y diariamente su gestion al profesional que corresponda en las herramientas ofimaticas definidas para el proceso que desarrolla.14. vela por la veracidad de la información recolida y oportuna y el resgistro de cada atencion.15.aportar a los procesos de gestion documental, de acuerdo a las caracteristicas tecnicas definidas por la sub red.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$2.232.558
	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

Diana Carolina Muñoz cc 1151 950 939

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Muñoz Ortiz Diana Carolina

CC 1151950939

Fecha : 31/05/2022

Firma de recibido supervisor: _____

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

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:	MUÑOZ ORTIZ DIANA CAROLINA			202596
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1151950939	
CORREO	caro.9322@hotmail.com	CELULAR	3103242518	
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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4510779466		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0620-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	169	FECHA	20/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	9059	FECHA	31/01/2022
NÚMERO DE CDP: 2	1328	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 2	16972	FECHA	18/05/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2022		31	05	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:	8,930,232
VALOR EJECUTADO:	8,930,232
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:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9433988508	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Mayo 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Diana Muñoz
MUÑOZ ORTIZ 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 certificacion sea firmada por supervisor encargado

Periodo: Mayo 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
0604-2022	Cedula	52426127	RODRIGUEZ BONCES ADRIANA MARITZA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II -	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0605-2022	Cedula	1104696715	ALFARO TORO FELIPE	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0606-2022	Cedula	1013628482	PIEDRA BURGOS SANDRA PAOLA	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0607-2022	Cedula	1032482877	LOPEZ MUÑOZ ANDREA VANESSA	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0608-2022	Cedula	1014247395	ESPINOSA DIAZ MARIA CAMILA	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0609-2022	Cedula	1022333560	OLIVEROS SUAREZ DIEGO FERNANDO	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0610-2022	Cedula	1031164000	GONZALEZ ROTTA ASTRID ALEJANDRA	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0611-2022	Cedula	1015430064	PARRA MARTINEZ JEFFERSON CAMILO	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0612-2022	Cedula	53090191	CARDENAS VASQUEZ SANDRA VIVIANA	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0613-2022	Cedula	1030607815	MORALES GARCIA GEOFFY ALEJANDRO	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,627,744	0		SI
0614-2022	Cedula	1014270664	RONCANCIO FRESNEDA CRISTIAN CAMILO	PSICOLOGO (A)	A00		186	0			2,971,536	0		SI
0616-2022	Cedula	19446111	AREVALO RONCANCIO	TECNOLOGO ADMINISTRATIVO	A00		186	0			2,774,748	0		SI
0617-2022	Cedula	1136888538	BENAVIDES PARDO JOHN NICOLAS	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	A00		186	0			2,918,712	0		SI
0618-2022	Cedula	1031134248	MONTEALEGRE OSORIO LADY JOHANA	TECNICO ADMINISTRATIVO	A00		186	0			2,337,462	0		SI
0620-2022	Cedula	1151950939	MUÑOZ ORTIZ DIANA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0622-2022	Cedula	14397707	OLAYA PEÑA REINERIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI

SANDRA MARIA BOCAREJO
51852543
Supervisor
26/05/2022 09:03:38

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 1151950939		MUÑOZ ORTIZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 53F #3-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	35274881	9435274881	I	2022/06/09	2022/06/14	BANCO AV VILLAS	0	$329,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	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			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$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			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC 1151950939	MUÑOZ DIANA	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$125,000	CCF24	30	$1,000,000	$20,000	14-11	30	$1,000,000	$24,400	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$24,400		$0	$0

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 1151950939		MUÑOZ ORTIZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 53F #3-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	35274881	9435274881	I	2022/06/09	2022/06/14	BANCO AV VILLAS	0	$329,400

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$20,000	$0	$0	$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$329,400	$0	$0	$329,400