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				202894
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
NÚMERO DE CDP: 2	1328	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 2	16976	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:	8,258,064
VALOR EJECUTADO:	8,258,064
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
23242814	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 Mayo 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
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

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CODIGO: AP-CT-F-80-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:		Equipos de Atencion en Casa				UNIDAD:	SALUD PUBLICA FERIAS		
No. DE CONTRATO:	627-2022	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ		01/05/2022			31/05/2022			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Medina Remicio Norma	DOCUMENTO:	83076855						
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 Unico de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Unico 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 Unico 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 caracteristicas técnicas definidas por la Subred.	

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Medina Remicio Norma

CC $3076855

Fecha : 31/05/2022

Firma de recibido supervisor: _____

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

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

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
0624-2022	Cedula	1031160455	CASTRO SEPULVEDA RUTH ELIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0625-2022	Cedula	52111723	SOTO RODRIGUEZ ADRIANA MARIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0627-2022	Cedula	53076855	MEDINA REMICIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0628-2022	Cedula	52966164	ROSALES LUZ ANGELA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0629-2022	Cedula	52293245	QUINTERO MERCHAN MARIA ANA MERCEDES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0630-2022	Cedula	1000005387	CUBILLOS PRETEL DIANA PAOLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0631-2022	Cedula	1014250331	GOMEZ VARGAS XIOMARA ANDREA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0632-2022	Cedula	52472635	FAJARDO MORENO KAROLL XIOMARA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0633-2022	Cedula	52054197	CARO CRUZ LUZ STELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		62	0			744,186	1,488,372		SI
0634-2022	Cedula	1019088199	GUIZA BUITRAGO FRANCY JINETH	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0635-2022	Cedula	51965020	BOHORQUEZ CARREÑO DORIS YANETH	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0636-2022	Cedula	1057573018	RICAURTE CAMPOS DIANA MABEL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0637-2022	Cedula	1007435198	VALDERRAMA CARRERO ANDREA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0638-2022	Cedula	1012462242	RICAURTE GONZALEZ DIEGO FERNANDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0639-2022	Cedula	1022942964	MURILLO RODRIGUEZ DIANA MARCELA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI
0640-2022	Cedula	1023019405	RINCON RAMOS WENDY YINETH	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,558	0		SI

SANDRA MARIA BOCAREJO
51852543
Supervisor
26/05/2022 09.03.38

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057573018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MABEL RICAURTE CAMPOS CAMPOS CAMPOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 4ESTE N 39-91	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4446210247**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/06/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990223990

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 0**	**$ 160.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24.400	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400
SUBTOTALES:									**$ 24.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 24.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057573018	RICAURTE CAMPOS DIANA MABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.000.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	105757301	$ 24.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 309.400**