Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GTE-FO-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	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		01/06/2022			30/06/2022		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Medina Remicio Norma	DOCUMENTO:	53076855					
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.	

OBSERVACIONES:

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

Norma Medina

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Medina Remicio Norma

CC 53076855

Fecha: 30/06/2022

Firma de recibido supervisor: _____

El informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA
Escaneado con CamSca

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	NORMA MEDINA REMICIO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-53076855
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-06-09
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-53076855
NOMBRE EMPLEADO	NORMA MEDINA REMICIO
EPS	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar COMPENSAR
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	23517578
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2022-05
PERIODO SALUD	2022-05
TIPO COTIZANTE	Independiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												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.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	1.000.000	0,0400000	$ 40.000	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

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

Escaneado con CamSc

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MEDINA REMICIO NORMA		206270
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
NÚMERO DE CDP: 3	1423	FECHA	26/05/2022	NÚMERO DE CRP: 3	22279	FECHA	03/06/2022

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	06	2022		30	06	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:	10,490,622
VALOR EJECUTADO:	10,490,622
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,232,558
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
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
23517578	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 Junio 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Norma Medina

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

Escaneado con CamSca