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			229074
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1151950939	
CORREO	caro.9322@hotmail.com	CELULAR	3103242518	
PROCESO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA			
SERVICIO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN	UNIDAD:	Fray	

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:	5825-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2103	FECHA	17/08/2022	NÚMERO DE CRP: 1	41555	FECHA	09/09/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2537	FECHA	01/10/2022	NÚMERO DE CRP: 2	47160	FECHA	01/10/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2022		31	10	2022

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,448	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:	4,114,281
VALOR EJECUTADO:	3,980,765
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,448
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	133,516
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.75 %

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
9440503704	125,000	161,300	3	24,400	20,000	330,700
	0	0		0	0	

Se registra novedad valor planilla AFP $160.000

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 Octubre 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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 certificación sea firmada por supervisor encargado.

Powered by CamScanner

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
2022-09	2022-09	1712789309	9440503704	I	2022/10/11	2022/10/19	NEQUI	8	$332,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$1,300	$0	$161,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$1,300	$0	$161,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$200	$0	$24,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$200	$0	$24,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$200	$0	$20,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$20,000	$200	$0	$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
TOTAL				1	$329,400	$2,700	$0	$332,100

Powered by CamScanner

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:		**5825-2022**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ**		**1/10/2022**			**31/10/2022**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**Muñoz Ortiz Diana Carolina**	**DOCUMENTO:**	**1151950939**					
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O TECNICO EN SALUD PUBLICA 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.	
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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas 2. Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias abordadas por los EAC de acuerdo con la prioridad y tiempos establecidos. 3. Identificar durante la llamada alertas que requieran la intervención nuevamente del grupo base. 4. Elaborar un informe de seguimiento de las llamadas realizadas por el equipo donde se evidencie los avances y dificultades que han tenido las familias de acuerdo con el plan de cuidado concertado. 5.Realizar las alertas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado. 6. Realizar la verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RIPMS (Resolución 3280-2018) y determinará el tipo de atención que requiere el usuario. De esta forma garantizará la apertura de la historia clínica y dará acceso al médico quien hará el registro de la atención médica 7. Hará el agendamiento de citas médicas de control para la población priorizada. 8. Verificará en historia clínica las órdenes médicas derivadas de la atención inicial por el EAC, y realizará agendamiento de las citas médicas que sean necesarias. 9. Ejecutará las demás actividades descritas en el proceso de planeación de la atención. 10. Realizará primer contacto en cada predio para la presentación de los equipos de trabajo, el objetivo de la visita y obtener la aprobación para el ingreso de los equipos de valoración integral, de acuerdo con la respuesta obtenida se realizará la clasificación de la visita. 11. Recoger los datos de los usuarios que tuvieron órdenes de laboratorio clínico, dispensación de medicamentos, consultas y otras solicitudes en salud y entregarlas al grupo de apoyo para su gestión. 12. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda, en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla. 13. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el registro de cada atención. 14. Aportar a los procesos de gestión documental, de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred.	1 REALIZAR EL PRIMER CONTACTO EN CADA PREDIO PARA LA PRESENTACION DE LOS EQUIPOS DE ATENCION EN CASA 2 CLASIFICACION DE VISITAS (EFECTIVAS,AUSENTES RECHAZADAS,FALLIDAS Y NO RESIDENCIALES) 3 REALIZAR REPORTE EN EL FORMULARIO DE GOOGLE ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA 4 SE REMITEN A LOS MEDICOS LAS FAMILAS EFECTIVAS DE PRIORIDAD ALTA 5 SE REMITE A LAS ENFERMERAS LAS FAMILIAS EFECTIVAS DE PRIORIDAD MEDIA Y BAJA 6 LLEVAR REGISTRO DE MAPAS DE LAS MANZANAS VISITADAS. 7 REALIZAR ENVÍO DE LOS GEOFRAFOS DEL PROGRAMA EAC.
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$2.299.448** **DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS**

Diana Muñoz

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.

Muñoz Ortiz Diana Carolina

CC 1151950939

Fecha 31/10/2022

Firma de recibido supervisor

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

Powered by CamScanner