489

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:	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA											234376	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1023916015				
CORREO	kellyj100848@gmail.com				CELULAR				3203671582				
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	28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA				
NUMERO CUENTA BANCARIA	0												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7542-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2794	FECHA	28/10/2022	NÚMERO DE CRP: 1	49679	FECHA	08/11/2022

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		08	11	2022		30	11	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:	2,299,448
VALOR EJECUTADO:	1,767,855
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,767,855
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	143
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	531,593
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	76.88 %

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
2022117542	0	0	3	0	0	0
	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,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Kelly Guzmán
GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA
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

Powered by CamScanner

	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:		**7542-2022**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDR MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**		**08/11/2022**			**30/11/2022**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**Kelly Johanna Guzmán Tinoco**	**DOCUMENTO:**	**1023916015**					
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.	
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. Priorizar esquemas de vacunación incompletos en menores de 5 años, gestantes y población con dificultades para la movilidad, identificada por los grupos base. 2. Cumplir con la oportunidad y calidad esperada para la aplicación de biológicos a la población priorizada. 3. Recibir diariamente del líder operativo el listado de usuarios priorizados independientemente del aseguramiento en salud, con esquema de vacunación incompleto para la edad y con el registro de información del esquema faltante. 4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud el antecedente vacunal del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar. 5. Hacer contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la vacunación en casa. 6. Brindar información sobre los biológicos que se administrarán, enfermedad que previene, los posibles efectos adversos, así como su manejo en el caso de que aparezcan, y demás información útil. 7. Disponer a realizar la entrega del biológico sobrante en el punto de vacunación que se haya dispuesto por la subred para realizar la recepción y devolución de los biológicos. 8. Llevar registro diario con la relación de los usuarios vacunados y la información que corresponde para este proceso.	1. Asiistencia a capacitaciones del convenio del modelo de equipo de atencion en casa EAC 2. Asistencia a jornadas de atencion casa a casa y apoyo a los dinamizadores en la divulgacion de la estrategia y capacitaciones de priorizaciones según priorizacion 3. Entregar el consolidado al equipo base y reportar en los formatos establecidos para su control adicional 4. Reportar casos extremos de requerimiento de la poblacion visitada 5. Creacion de pacientes en el aplicativo servinte 6. Agendamiento de citas de las diferentes especialidades

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$ 1,767,855**
	UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO

Kelly Guzmán

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Kelly Johanna Guzmán Tinoco

CC 1023916015

Fecha : 30/11/2022

Firma de recibido supervisor:_____

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

Powered by CamScanner