147

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:	VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA			234289
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	45554409	
CORREO	kellyvega83@hotmail.com	CELULAR	3013345787	
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	%
	118											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	56600138590		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7375-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2630	FECHA	12/10/2022	NÚMERO DE CRP: 1	47508	FECHA	19/10/2022

OBJETO:	ENFERMERO (A)								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	11	2022		30	11	2022	
TIPO SERVICIOS	PIC			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	4,311,304	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:	7,041,797
VALOR EJECUTADO:	6,026,554
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,311,304
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,015,243
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	85.58 %

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
9442889008	85,800	109,800	3	16,800	0	212,400
	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,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Kelly Vega De Alba - coord

VEGA DE ALBA 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.

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:		7375-2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				1/11/2022			30/11/2022		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Kelly Johanna Vega De Alba	DOCUMENTO:	45554409					
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como MÉDICO (A) 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. Realizar valoración Integral de los integrantes de la familia estrategia casa, ruteo y conglomerado. 2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado 3. Realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia. 4.Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. 5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora. 6. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la teleconsulta con el especialista, estas órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración Integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada 7. Valoracion integral.	1. Se realizó la atención a pacientes y usuarios en el servicio de atención domiciliaria, durante el mes de NOVIEMBRE del 2022, con trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia. Atención realizada usando los elementos de protección personal dispuestos en el contexto de pandemia CODIV 19 y con consentimiento firmado por el usuario que atendió la visita en el se niega la presencia de síntomas COVID 19 y autorización de ingreso a la vivienda. 2. Se asistió y participó en las capacitaciones y requerimientos presenciales y virtuales que se realizaron durante el mes de NOVIEMBRE según los horarios estipulados por la coordinación de equipos de atención en casa.. 3. Se desarrollaron planes de cuidado. 4. Se realizaron los Reportes de Atención Individual.

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$4.311.304
	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS

Kelly Vega · 45554409

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Kelly Johanna Vega De Alba

CC 45554409

Fecha: 30/11/2022

Firma de recibido supervisor:

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

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 45554409		VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2D # 39-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1771103737	9442889008	1	2022/11/03	2022/11/23	BANCO AV VILLAS	20	$216,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$686,100	$109,800			$686,100	$85,800			$0	$0			$686,100	$16,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$686,100	$109,800			$686,100	$85,800			$0	$0			$686,100	$16,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$686,100	$109,800			$686,100	$85,800			$0	$0			$686,100	$16,800		$0	$0
1	CC	45554409	VEGA KELLY	231001	12	$686,100	$109,800	EPS037	12	$686,100	$85,800		0	$0	$0	14-11	12	$686,100	$16,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$686,100	$109,800			$686,100	$85,800			$0	$0			$686,100	$16,800		$0	$0

2022/11/23 12:04 PM

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 45554409		VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2D # 39-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1771103737	9442889008	I	2022/11/03	2022/11/23	BANCO AV VILLAS	20	$216,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$2,300	$0	$112,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$109,800	$2,300	$0	$112,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$400	$0	$17,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$16,800	$400	$0	$17,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$85,800	$1,800	$0	$87,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$85,800	$1,800	$0	$87,600
TOTAL				1	$212,400	$4,500	$0	$216,900

2022/11/23 12:04 PM

Powered by CamScanner