71.

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:	MARIN RUIZ DIANA CAROLINA			234166
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1101175210	
CORREO	dianacarolinamarinruiz90@g	CELULAR	3127777882	
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	%
	AT1											

BANCO	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24076444177		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5832-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2103	FECHA	17/08/2022	NÚMERO DE CRP: 1	41548	FECHA	09/09/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2537	FECHA	01/10/2022	NÚMERO DE CRP: 2	47167	FECHA	01/10/2022
NÚMERO DE CDP: 3	2768	FECHA	26/10/2022	NÚMERO DE CRP: 3	48390	FECHA	26/10/2022

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
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	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:	6,280,213
VALOR EJECUTADO:	6,280,213
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:	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
9441604660	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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:

MARIN RUIZ 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

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:		**5832-2022**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ**		**1/11/2022**			**30/11/2022**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**Marin Ruiz Diana Carolina**	**DOCUMENTO:**	**1101175210**					
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. 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.se realiza seguimiento telefonico a usuarios o cuidadores con el fin de verificar datos de ubucacion e informar y realizar las visitas requeridas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$2.299.448**
	DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

Diana Carolina Marin Ruiz

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Marin Ruiz Diana Carolina

CC 1101175210

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

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 1101175210		MARIN RUIZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 92 #74 SUR 66	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125565560	No

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	10000000407	9441604660	I	2022/11/03	2022/11/10	BANCO BOGOTA	7	$311,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC 1101175210	MARIN DIANA	230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

2022/11/10 12:29 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 1101175210		MARIN RUIZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 92 #74 SUR 66	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125565560	No

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	1000000407	9441604660	I	2022/11/03	2022/11/10	BANCO BOGOTA	7	$311,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$1,200	$0	$161,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$1,200	$0	$161,200
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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$900	$0	$125,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$900	$0	$125,900
TOTAL				1	$309,400	$2,300	$0	$311,700

2022/11/10 12:29 PM

Powered by CamScanner