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:	BERMUDEZ ROA MARITZA				244546
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	53066299		
CORREO	maritzabermudezroa@outloo	CELULAR	3057813842		
PROCESO:	Ruta de la Salud				
SERVICIO:	Ruta de la Salud	UNIDAD:	Fray		

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F01											

BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	91215464569		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5321-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1744	FECHA	29/06/2022	NÚMERO DE CRP: 1	28860	FECHA	08/07/2022
NÚMERO DE CDP: 2	201	FECHA	19/01/2023	NÚMERO DE CRP: 2	7935	FECHA	19/01/2023

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	01	2023		31	01	2023

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,673,814	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:	11,383,735
VALOR EJECUTADO:	11,383,735
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,673,814
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
64487220	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,

FANNY LUCIA RUGELES DE HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

53.066.299 BTA.
BERMUDEZ ROA MARITZA
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.

	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	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

AREA Y/O SERVICIO:OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO			UNIDAD:		FRAY		
No. DE CONTRATO:CPS-5321-2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: FANNY LUCIA RUGELES DE HERNANDEZ		1	01	2023	31	01	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARITZA BERMUDEZ ROA	DOCUMENTO:53066299						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios 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, conforme a lo previsto en el programa de Ruta de la Salud							
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.	Desde el plan de accion trazado anualmente por la Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano y el Programa de Ruta de la Salud, se despliegan acciones que contribuyen de manera diaria en el marco operacional de los componentes estrategicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
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.	Realice las actividades enmarcadas dentro del proceso establecido por la Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano y el Programa de Ruta de la Salud, contribuyendo a la Gestión Integral Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
3. Socializar, sensibilizar y captar usuarios para la Ruta Saludable, Programas de P y D y Salud Pública	En cada una de las unidades realice captación de usuarios para realizar su traslado. A los pacientes trasladados durante el recorrido les Socialice la forma de agendamiento y operación de la Ruta de la Salud, y otros temas relacionados con atención al usuario como derechos y deberes y el acceso a programas de P y D de la Subred Integrada de Servicios de
4. Brindar información oportuna a los usuarios del programa Ruta de la Salud.	Socialice la forma de agendamiento y operación de la Ruta de la Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, en cada uno de los respectivos trayectos.
5. Cumplir con la programación de actividades establecidas por el líder del proceso	Cumpli con todas las actividades y lineamientos trasados por el Programa Ruta de la Salud dentro de su operación en las diferentes Localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
6. Reportar mensualmente el total de actividades realizadas.	Desarrolle las actividades en la Ruta de :Salud mental Realice 386 traslados Realice 64 retornos Realice 0 socializaciones Realice 30 agendamiento Hice entrega del informe de gestión en las fechas establecidas del periodo actual, en donde se detalla las actividades desarrolladas.
7. Fortalecer el programa Ruta Saludable, en el D.C. y responder a la demanda del servicio con oportunidad, y calidad.	Brinda atención oportuna y con calidad siguiendo el protocolo del servicio del programa Ruta de la Salud a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
8. Ingresar, acomodar y acompañar a los usuarios que se trasladan en el programa Ruta de la Salud , hacia y desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y/o otras Subredes del Distrito Capital, Prestar los primeros auxilios en caso que se requiera.	Identifique los usuarios en sus diferentes rutas a los cuales se acomodaron de acuerdo a sus discapacidades fisicas dentro de los vehiculos y modalidad del servicio. Se informo la ruta a seguir entre el punto de inicial y el punto de llegada.
9. Aplicar los protocolos de vigilancia epidemiológica, normas y guías establecidas por la Subred y la S.D.S, realizar la notificación oportuna de los eventos de Salud Pública	Implemente en cada uno de los trayectos los protocolos de bioseguridad trazados por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a los implementos suministrados para este fin.
10. Velar por el cuidado de los elementos y equipos relacionados con la Gestión Ambiental, Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo, Gestión Archivo y sistema de comunicaciones.	Usé racionalmente los elementos y equipos asignados como celular, porte decoroso del uniforme, chaqueta y carnet institucional, entre otros elementos entregados para la operación de Programa Ruta de la Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
11.Prestar un servicio aplicando los valores corporativos con calidad y calidez que garantice la satisfacción del usuario y dando respuesta oportuna al 100% de quejas, reclamos y sugerencias.	Preste atención a los usuarios de la Ruta de la Salud de forma respetuosa y humanizada aplicando los lineamientos impartidos en las diferentes capacitaciones de trato digno a los usuarios.
12. Y demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al objeto del contrato indicar sucintamente cada una de las actividades que debe desarrollar el contratista.	Cumplir con las actividades asignadas según el contrato establecido por la subred norte.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) Un millón seiscientos setenta y tres mil ochocientos catorse pesos M/cte $ 1.673.814

Fecha : 31/01/2023

Firma de recibido supervisor:

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC. 53,066 299

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53066299	MARITZA BERMUDEZ ROA		cra87#73b-07	3057813842	maritzabermudezroa@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	05/01/2023	64487220	$309.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53066299	MARITZA BERMUDEZ ROA		cra87#73b-07	3057813842	maritzabermudezroa@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	1	05/01/2023	64487220	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Número	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53066299	BERMUDEZ ROA MARITZA	53	0				N																230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS317	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información