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

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA				294762
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.		1023916015	
CORREO:	kelly100548@gmail.com	CELULAR		3203671582	
PROCESO:	EQUIPOS DE ATENCION EN CASA				
SERVICIO:	EQUIPOS DE ATENCION EN CASA	UNIDAD:		Filey	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	400											

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:	2199-2023			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1178	FECHA	06/03/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22454	FECHA	11/05/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1830	FECHA	11/09/2023	NÚMERO DE CRP: 2	49725	FECHA	25/10/2023

OBJETO: TECNICO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2023		31	10	2023

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,460,448	VALOR LETRAS	

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, ahora trimestre) es de anotar que para los meses trabajados se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	4,926,896
VALOR EJECUTADO:	4,452,876
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,460,448
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	468,020
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	90.49 %

El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mismo 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
451866720	145,000		189,600		3	29,300	0	358,000
	0		0			0	0	0

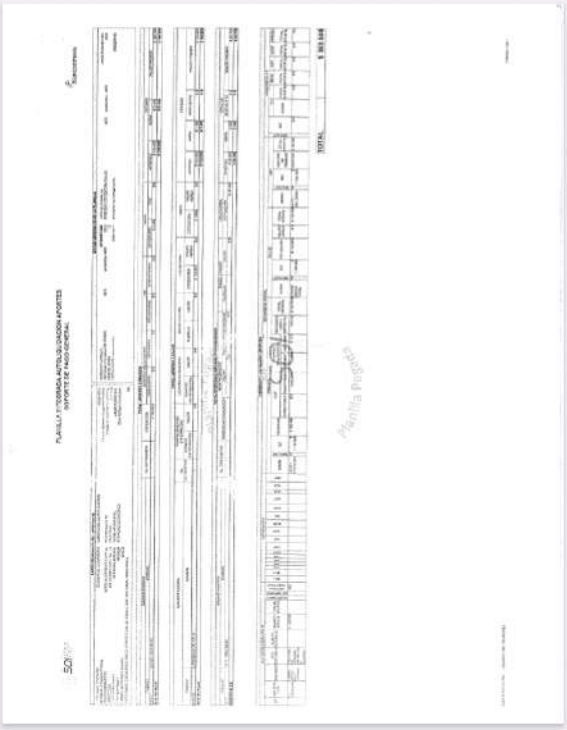
El supervisar del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. La asignar para que surta el trámite pertinente. Cordialmente.

SANDRA MARIA BOCANEGRA 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



INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
VERSIÓN: 5
PÁGINA: 1 DE 1
FECHA: 16/02/2018

ÁREA / NO. MUNICIPIO	Ingreso de Atención en Casa y Urbano			MINIMO:	SALUD PUBLICA PERSA			
No. DE CONTRATO	2199-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR	SANDRA MARIA BOCANEGRA HERNANDEZ		01/10/2023			31/10/2023		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Kelly Johanna Guzmán Tinoco	DOCUMENTO	1023916015					
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO dentro de las 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 ELEGIDOS (14)	1975							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Apoyar el cumplimiento de las metas asignadas	1. Cumplimiento de las metas diarias, presentacion de fichas de visita presencial (CD) y telefonica (CMC) asignadas en los trabajos desarrollados para su posterior reporte, cumplimiento del plan de manejo de acuerdo a cada riesgo por riesgo
2. Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias atendidas por el EAC de acuerdo con la gravedad y barreras evidenciadas.	2. Realizar el correcto diligenciamiento de las bases de seguimiento presencial CD, telefonico (T) y CMC (D) de acuerdo a la visita o atención evidenciada diaria y mensual
3. Identificar durante la llamada efectiva que requieren telemonitoria con cuna de alto riesgo.	3. Reporte en (10) bases maestras de novedades de salud que requieran atención por los CAC
4. Realizar un informe de seguimiento de las llamadas realizadas por el equipo donde se evidencien avances y dificultades que han recibido. Metas de avance con el plan de cuidado contratado	4. Entrega de informe en donde se evidencie las dificultades por parte de los usuarios con relación a la adherencia de (1) plans de cuidado actualizado o atención prestada en UAC
5. Realizar las visitas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado.	5. Realización de (una (100) reportes en donde se evidencia abordaje de equipo en la adherencia de los planes de cuidado a usuarios.
6. Realizar la verificación de la ubicación del usuario al momento de efectuar una visita domiciliaria, en caso de evidenciar dudas y reportar los casos NPUR (Resolución 3280 de 2018) y relacionarlo en el tipo de atención que corresponda acorde. De acuerdo a lo establecido en la Política Cero y cero acorde al evento cuenta con el registro de la atención médica	6. (50) bases donde se reporta y evidencia la verificación de cada uno de los usuarios que no se hallan en seguimiento.
7. Hacer acompañamiento en citas médicas de control para la población priorizada.	7. (20) Presentación de acompañamiento de un plan de seguimiento presencial a cada una de las de la en la actividad
8. Notificar a la historia clínica la entrega médicas realizadas de la atención realizada por el EAC e indicar aquellos temas de citas médicas que deben mencionar.	8. (50) Soporte de relación de historia clínica y diligenciada en la base de seguimiento
9. Capacitar a los cuidado individuales (familiar) en el proceso de planeación de la atención.	9. Participación activamente de (1) (1) jornadas, estrategias y procesos establecidos desde el Plan de seguimiento para el cumplimiento de los objetivos establecidos.
10. Realizar previa cordial a un visita previa para la presentación de los equipos de trabajo, el objetivo de la visita y obtener la aprobación para el ingreso de los equipos de este sitio. Hospit. de acuerdo con la indicación contenida en instrucción de visita.	10. Presentación principalmente de la base de los usuarios de seguimiento presencial en donde se evidencie contacto telefonico (en) hacia telefonico telefono fijo de la coordinación de la visita inicial de ambiente. (23)
11. Recoger los datos de los usuarios que tuvieron historia de telemetría clínica, documentos de medicamentos, consultas y otras actividades en salud y entregarlas al grupo de apoyo para su gestión	11. Reporte en (180) base de los casos de los usuarios que tuvieron dolencias de telemetría clínica, diligenciados de medicamentos, consultas y otras actividades en salud y que no han sido reportadas a las usuarios para su respectivo apoyo a planeación y frases de servicio para su gestión
12. Reportar actual y oportunamente su gestión en plataformas que corresponda, entre las personas atendidas definidas para el proceso con dicha UAC	12. Reportar puntual y totalmente de su gestión en las siguientes bases presenciales y (D) - UAC (Tu telefónico) - CMC (Tu de seguimiento en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla
13. Velar por la oportunidad en la valoración de riesgos biopsicosocial y el registro de cada atención.	13. Diligenciar (1) base de datos y llevar soportes establecidos en las diferentes personas con la información como recolección de cada una de las usuarios y sus atenciones.
14. Aplicar a los procesos de gestión documental de acuerdo a las tablas de retención definidas por la Subred.	14. Cumplir diligenciamiento de las diferentes bases (D) y formatos de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred.

TOTAL A PAGAR (Número y letras) - MONTO (S)	$2,460,448
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

Kelly Guzmán
NOMBRE CONTRATISTA, MEDICO Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Kelly Johanna Guzmán Tinoco

CC 1023916015

Nota: Este informe se diligenciara de forma ejecutiva y debe ir anexo a la certificación que expida el supervisor.