A-17

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:	OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH			304571
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023976730	
CORREO	ocampoangie26@gmail.com	CELULAR	3234891545	
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:	6851-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2187	FECHA	01/11/2023	NÚMERO DE CRP: 1	50088	FECHA	16/11/2023
NÚMERO DE CDP: 2	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 2	52977	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 3	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 3	9731	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 4	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 4	18068	FECHA	09/02/2024

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2023		31	12	2023

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,460,449	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:	11,072,018
VALOR EJECUTADO:	6,151,120
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:	4,920,898
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	55.56 %

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
9459322093	145,000	185,600	3	28,300	0	0
	0	0		0	0	0

Cargado en Gestion Th - ID No. 2211 Valor Hora 13372 Cantidad Horas 184 Valor mes 2460449 Cant Dias 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

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angie Ocampo.

OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH
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:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESCO EN SALUD			UNIDAD:		EQUIPOS DE ATENCION EN CASA Y RELEVO		
No. DE CONTRATO:	6851-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		01/12/2023			31/12/2023		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Angie Julieth Ocampo Ordoñez							
OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar De Enfermeria Seguimiento	DOCUMENTO:	1023976730					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas	1. Cumplimiento de las metas diarias, presentacion de fechas de visita presencial (15) y telefonica (1200), reporte de los hallazgos encontrado para su posterior reporte, cumplimiento del plan de trabajo de acierdo a la estrategia del equipo
2. Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias abordadas por los EAC de acuerdo con la prioridad y tiempos establecidos.	2. Realizar el correcto diligenciamiento de las bases de seguimiento presencial (15), telefonico (1200) y UAIC (0) de acuerdo a la meta o atención establecida diaria y mensual.
3. Identificar durante la llamada alertas que requieran la intervención nuevamente del grupo base.	3. Reporte en (7) base hallazgos de condiciones de salud que requieran atención por los EAC.
4. Elaborar un informe de seguimiento de las llamadas realizadas por el equipo donde se evidencie los avances y dificultades que han tenido las familias de acuerdo con el plan de cuidado concertado.	4. Entrega de informe en donde se evidencie las dificultades por parte de los usuarios con relación a la adherencia de (1) planes de cuidado concertado o atención prestada en UAIC.
5.Realizar las alertas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado.	5. Realización de base (1) reportes en donde se evidencia acciones de mejora de los usuarios a la adherencia de los planes de cuidado o atenciones .
6. Realizar la verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018) y determinará el tipo de atención que requiere el usuario. De esta forma garantizará la apertura de la historia clínica y dará acceso al médico quien hará el registro de la atención médica	6. (1) base donde se soporta y evidencie la revisión de historia clinica de los usuarios que se les realiza el seguimiento.
7. Hará el agendamiento de citas médicas de control para la población priorizada.	7. (1) Presentación de agendamiento de usuarios de seguimientos presencial a visitar con fecha del día de la visita en una base.
8. Verificará en historia clínica las órdenes médicas derivadas de la atención inicial por el EAC, y realizará agendamiento de las citas médicas que sean necesarias.	8. (1) Soporte de revisión de historia clinica y diligenciada en la base de seguimiento.
9. Ejecutará las demás actividades descritas en el proceso de planeación de la atención.	9. Participación activamente de (4) reuniones, estrategias y acciones establecidas desde el lider de seguimiento para el cumplimiento de los objetivos establecidos.
10. Realizará primer contacto en cada predio para la presentación de los equipos de trabajo, el objetivo de la visita y obtener la aprobación para el ingreso de los equipos de valoración integral, de acuerdo con la respuesta obtenida se realizará la clasificación de la visita.	10. Presentación anticipadamente de la base de los usuarios de seguimiento presencial en donde se evidencie contacto telefonico y/o intentos telefonicos fallidos de la coordinación de la visita (listado de asistencia, (1)
11. Recoger los datos de los usuarios que tuvieron órdenes de laboratorio clínico, dispensación de medicamentos, consultas y otras solicitudes en salud y entregarlas al grupo de apoyo para su gestión.	11. Reporte en (1) base de los datos de los usuarios que tuvieron órdenes de laboratorio clínico, dispensación de medicamentos, consultas y otras solicitudes en salud y que no len han sido resolutivos a los usuarios para su respectivo reporte a planeación y líderes de territorio para su gestión.
12. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda, en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla.	12. Reportar puntual y diariamente de su gestión de los seguimientos presenciales (15) , UAIC (0) y telefonicos (1200) al lider de seguimiento en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla.
13. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el registro de cada atención.	13. Diligenciar (3) base de datos y demas soportes establecidos en los diferentes procesos con la información veras recolectada de cada uno de los usuarios y sus atenciones.
14. Aportar a los procesos de gestión documental, de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred.	14. Correcto diligenciamiento de las diferentes bases (3) y formatos de acuerdo a las caracteristicas técnicas definidas por la Subred.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 2.460.448	VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

Angie Ocampo

NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC.

31 12 2024

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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 1023976730		OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 este 26-07 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2082237	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	332477740	9459322093	I	2023/12/11	2023/12/12	BANCO DE BOGOTA	1	$359,400

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 1023976730	OCAMPO ANGIE	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

2023/12/12 05:20 PM

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 1023976730		OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 este 26-07 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2082237	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	332477740	9459322093	I	2023/12/11	2023/12/12	BANCO DE BOGOTA	1	$359,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$200	$0	$185,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$200	$0	$185,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$100	$0	$28,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$100	$0	$28,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$200	$0	$145,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$200	$0	$145,200
TOTAL				1	$358,900	$500	$0	$359,400