30

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:	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA			303696
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023916015	
CORREO	kellyj100848@gmail.com	CELULAR	3203671582	
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:	5199-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1178	FECHA	08/05/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22434	FECHA	11/05/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1830	FECHA	11/08/2023	NÚMERO DE CRP: 2	49725	FECHA	25/10/2023
NÚMERO DE CDP: 3	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 3	52257	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 4	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 4	9032	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 5	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 5	17688	FECHA	09/02/2024

OBJETO: TECNICO

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	2,460,448	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:	16,755,116
VALOR EJECUTADO:	11,834,220
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:	4,920,896
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	70.63 %

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
4527722792	145,000	185,600	3	28,300	0	0
	0	0		0	0	0

Cargado en Gestion Th - ID No. 2650 Valor Hora 13372 Cantidad Horas 184 Valor mes 2460448 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:

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	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 RIESGO EN SALUD				UNIDAD:		EQUIPOS DE ATENCION EN CASA Y RELEVO		
No. DE CONTRATO:	5159-2023	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		01/12/2023			31/12/2023			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Kelly Johanna Guzmán Tinoco								
OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar De Enfermeria	DOCUMENTO:	1023916015						
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %									

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas	1. Cumplimiento de las metas diarias, presentacion de fichas de visita presencial (15) y telefonica (1200), reporte de los hallazgos encontrado para su posterior reporte, cumplimiento del plan de trabajo de acuerdo a la estrategia del equipo
2. Realizar el seguimiento presencial y telefónico el 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 requieren la intervención nuevamente del grupo base.	3. Reporte en (26) 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 las 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. Realizacion 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 clínica 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 o visitar con fecha del dia 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 clínica 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 líder 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 enfoque/avance de la base de los usuarios de seguimiento presencial en donde se evidencie contacto telefonico y/o informe 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 entregadas 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 les han sido resueltos a los usuarios para su respectivo reporte a planeación y líderes de territoria 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 líder 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 veraz 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 características técnicas definidas por la Subred.

OBSERVACIONES:

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

Kelly Guzmán

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC.

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KELLY JOHANA GUZMAN [illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	[illegible]	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	[illegible]-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACIÓN:	[illegible]		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4530644034	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES: diciembre AÑO: 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: diciembre AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/01/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES										$ 185.600	$ 0	$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD																		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES													$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES									$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	REFORMA TRIBUTARIA	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	GUZMAN [illegible] KELLY JOHANA	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000		NO	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11-ARL SURA	30	$ 1.160.000	[illegible]	$ 28.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 358.900

Planilla Pagada
Planilla Pagada