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			306260
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	01	2024		31	01	2024

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:	14,294,668
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:	2,460,448
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	85.32 %

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
4530644034	145,000	185,600	3	28,300	0	358,900
	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.

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-90-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		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:	5199-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1/01/2024			31/01/2024		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Kelly Johanna Guzmán Tinoco							
OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar De Enfermería	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 fechas 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 al 100% de las familias atendidas 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 (5) 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 (26) base hallazgos de condiciones de salud que requieran atención por las 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 e 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 o 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 soporte y evidencia 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 a realar 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 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 (Matriz 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 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 (5) y telefonicos (1200) al líder de seguimiento en las herramientas ofimaticas 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 acordes establecidos en los diferentes procesos con la información reina 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): M/CTE ($)	$ 2.460.448	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

Kelly Guzmán

Kelly Johanna Guzmán Tinoco

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

cc: 1.023.916.015

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.

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: [illegible]
NOMBRE O 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: [illegible]
TIPO EMPRESA: PRIVADA — ACTIVIDAD ECONÓMICA: [illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 4533845140 — TIPO DE PLANILLA: [illegible]
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES [illegible] AÑO 2024 — PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES [illegible] AÑO 2024
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): [illegible] — NÚMERO AUTORIZACIÓN: [illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES TOTALES	MORA	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible] PORVENIR	1	$ 208.000	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:				$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 162.500	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:				$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:				$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	SALARIO BÁSICO	ADMIN. PENSIÓN	IBC	COTIZACIÓN PENSIÓN	ADMIN. SALUD	COTIZACIÓN SALUD	ADMIN. ARP	COTIZACIÓN ARP
1	CC [illegible]	[illegible]	$ 1.300.000	[illegible] PORVENIR	1.300.000	$ 208.000	EPS002 SALUD TOTAL	$ 162.500	14-11 ARL SURA	$ 31.700

TOTAL $ 402.200

[illegible] USUARIO: [illegible]