52

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:	CHAPARRO RAMIREZ RUTH MILENA		306535
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	46384188
CORREO	anpmi01@gmail.com	CELULAR	3208222084
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	%
	FERV03-											

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:	5233-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1178	FECHA	08/05/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22555	FECHA	13/05/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 2	27668	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	33109	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	39603	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1907	FECHA	30/08/2023	NÚMERO DE CRP: 5	43867	FECHA	05/09/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2099	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 6	46910	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 7	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 7	52285	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 8	2389	FECHA	21/12/2023	NÚMERO DE CRP: 8	56391	FECHA	21/12/2023
NÚMERO DE CDP: 9	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 9	9071	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 10	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 10	17711	FECHA	09/02/2024

OBJETO:	PROFESIONAL EN MEDICINA								
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	7,098,352	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:	79,239,212
VALOR EJECUTADO:	72,140,860
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	7,638,444
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	198
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,098,352
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	91.04 %

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
73875548	412,800	528,400	3	80,500	0	1,021,700

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra

Ruth Milena Chaparro
CC 46384188

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CHAPARRO RAMIREZ RUTH MILENA
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 RIESGO EN SALUD			UNIDAD:		EQUIPOS DE ATENCION EN CASA Y RELEVO		
No. DE CONTRATO:	5233-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1/01/2024			31/01/2024		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ruth Milena Chaparro Ramírez							
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional En Medicina	DOCUMENTO:	46384188					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	108%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, ruteo y conglomerado, o los que sean designados acorde a la operación del convenio.	1. Se realizaron (0) valoraciones integrales de los integrantes de la familia en el marco de la estrategia asignada.
2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado.	2. Se construyeron y entregaron a los usuarios un total de () planes de cuidado.
3. Realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la	3. Se realizaron un total de (0) notificaciones al subsistema correspondiente, así como el diligenciamiento de (0) atenciones en la plataforma dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud y la entrega de (0) planes de cuidado familiar conforme a los hallazgos identificados.
4.Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo	4. Se efectuaron (1) consultas telefónicas con los médicos internistas, familiaristas o psiquiatras del programa para aclaración de dudas y recomendaciones.
5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora.	5. Se agendaron un total de ( ) citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred.
6. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la tele consulta con el especialista, estas órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración Integral individual para actualización de	6. Se ordenaron (3) exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva
7. Valoración integral.	7. Se llevaron a cabo una total de (0) valoraciones integrales
8. Dara Cumplimiento de la gestión documental, como es el diligenciamiento de los formularios, requerimientos y demás formas documentales institucionalizados en las Subred, qué, para el caso de la prestación de servicios de salud, en atención individual es la historia clínica, que en todo caso deberá cumplir con la normatividad vigente	8. Se diligenciaron un total de (0) historias clínicas en atención individual dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente.
9. Participar de comités, capacitaciones y todo tipo de espacio que permita el fortalecimiento de capacidades para la buena ejecución de sus actividades para el convenio y la Subred	9. Se asisitió a un total de (3) comités para el fortalecimiento y claridad frente a múltiples aspectos de la práctica médica
10. Facilitar oportunamente, con calidad y veracidad información de sus actividades con fin estadístico de los usuarios atendidos o actividades propias del convenio, para entrega de reportes y bases a nivel central oentes de control en los tiempos establecidos y direccionados por el líder y/o coordinador	10. Se diligenciaron oportunamente un total de (0) registros de las sesiones y actividades desarrolladas en el marco del Convenio
11. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	11. Se realizaron un total de (0) canalizaciones, (0) ordenes de medicamentos y (1) intervenciones en terreno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 7.638.444	SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

Ruth Milena Chaparro
CC 46.384.188

NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Ruth Milena Chaparro Ramírez

cc. 46.384.188

31 1 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.

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	46384188	RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ	Cra 3 Este Bis 47-11	4452953	drmile01@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	73875548	$1.021.700

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	412.800	0		0		0	0	0	0	412.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	528.400	0	0	0	0	0	0		528.400	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	890903790-5	80.500				80.500	0	0	80.500			805	80.500	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	412.800	412.800
Pensión	1	528.400	528.400
Riesgos Laborales	1	80.500	80.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.021.700	1.021.700

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