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		296062
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

OBJETO: PROFESIONAL EN MEDICINA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2023		30	11	2023

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:	56,015,256
VALOR EJECUTADO:	49,148,372
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:	6,866,884
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	87.74 %

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
72339238	355,000	454,400	3	69,200	0	878,600
	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 MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ruth Milena Chaparro R.
46.384.188

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:		Equipos de Atención en Casa y relevo				UNIDAD:		SALUD PUBLICA FERIAS		
No. DE CONTRATO:		5233-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		01/11/2023			30/11/2023			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Ruth Milena Chaparro Ramírez	DOCUMENTO:	46384188						
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN MEDICINA dentro de los 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 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 (169) 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 (169) 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 familia.	3. Se realizaron un total de (020) notificaciones al subsistema correspondiente, No se requirio en el proceso así como el diligenciamiento de (169) atenciones en la plataforma dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud y la entrega de (169) 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 (2) consultas telefónicas con los médicos internistas, familiaristas o psiquiatras del programa para aclaración de dudas y recomendaciones. No requerido en el proceso
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 (23) 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 novedades, Control a población priorizada.	6. Se ordenaron (48) exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva.
7. Valoración integral.	7. Se llevaron a cabo una total de (169) 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 (169) 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 (5) 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 (169) registros de las sesiones y actividades desarrolladas en el marco del Convenio. No requerido en el proceso
11. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	11. Se realizaron un total de (40) canalizaciones, (50) ordenes de medicamentos y (169) intervenciones en terreno. No requerido en el proceso

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 R
CC 46.384188

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Ruth Milena Chaparro Ramirez

CC 46384188

Fecha : 30/11/2023

Firma de recibido supervisor:

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		
UNICA	I – Independiente			BOGOTA, D. C.	BOGOTA, 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	16/11/2023	72339238	$878,600	

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	355,000	0		0		0	0	0	0	355,000	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
23020	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	454,400	0	0	0	0	0	0		454,400	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	860903790-5	69,200				69,200	0	0	69,200			692	69,200	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	355,000	355,000
Pensión	1	454,400	454,400
Riesgos Laborales	1	69,200	69,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	878,600	878,600

COPIA

Powered by CamScanner

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

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	16/11/2023	72339238	$878,600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSION							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Sisben	Extranjero	Cotiz. estudiante	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	46384188	CHAPARRO RAMIREZ RUTH MILENA	SB	0			N																	230201	2,840,000	454,400	0	0	0	0	EPS005	2,840,000	256,000	14-11	2,840,000	3	69,200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner