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:	HINCAPIE CACERES GINNA ALEXANDRA		326737
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014240582
CORREO	alexita201912@hotmail.com	CELULAR	319 574 7985 - 312 535
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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	077456168		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5166-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1178	FECHA	08/05/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22404	FECHA	11/05/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 2	26684	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	33047	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	39500	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1907	FECHA	30/08/2023	NÚMERO DE CRP: 5	43807	FECHA	05/09/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2099	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 6	46850	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 7	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 7	52223	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 8	2389	FECHA	21/12/2023	NÚMERO DE CRP: 8	56357	FECHA	21/12/2023
NÚMERO DE CDP: 9	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 9	8913	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 10	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 10	17660	FECHA	09/02/2024
NÚMERO DE CDP: 11	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 11	22184	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 12	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 12	null	FECHA	23/04/2024

OBJETO:	TECNICO ADMISION Y AGENDAMIENTO								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	04	2024		30	04	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:	30,474,788
VALOR EJECUTADO:	30,474,788
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,115,676
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	233
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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.

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



SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	HINCAPIE CACERES GINNA ALEXANDRA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
75700899	162,500	208,000	3	31,700	26,000	428,200
	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:

HINCAPIE CACERES GINNA ALEXANDRA
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:	**5166-2023**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**		**1/4/2024**			**30/4/2024**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Ginna Alexandra Hincapie Caceres**							
OBJETO DEL CONTRATO:	**Técnico De Admisión Y Agendamiento**	**DOCUMENTO:**	1014240582					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	**127%**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
1. Agendamiento de citas de acuerdo con las ordenes médicas derivadas de la atención inicial de EAC bajo las tres estrategias (ruteo, casa a casa y conglomerados).	Se agendaron un total de (0) citas de acuerdo con las ordenes médicas derivadas de la atención inicial de EAC bajo las tres estrategias (ruteo, casa a casa y conglomerados).
2. Realizar la revisión de historia clínica en busca de órdenes medicas correspondientes a las siguientes consultas de control: A. Agendamiento de consulta por médico especialista de EAC según modalidad de servicio. B. Agendamiento de usuarios que se encuentran en la estrategia de ruteo.	Se llevó a cabo revisión de (407) historias clínicas, ubicando un total de (0) ordenes de consulta por médico especialista de EAC según modalidad de servicio y (0) ordenes de Agendamiento de usuarios que se encuentran en la estrategia de ruteo.
3. Revisión de la base de ruteo-SDS se encuentran denominados por la subred con estado programado y teniendo en cuenta la ruta y el orden del recorrido propuesto por el componente geográfico, realizara el contacto telefónico con el usuario para actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología	Se contactaron (200) usuarios para actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología.
4. Recordación de citas Para todos los tipos de agendamiento descritos anteriormente se llevará a cabo un proceso de recordación de citas previo al día de la cita asignada, que consiste en el contacto telefónico y/o uso de otros canales de comunicación en caso de no lograr el contacto telefónico, con el fin de recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada (intramural o en la vivienda por EAC).	Se hizo un total de (407) llamadas fin de recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada para su cita
5. Seguimiento a inasistencias Por otra parte, el grupo de agendamiento realizará un seguimiento a las citas que registren inasistencias, haciendo un nuevo contacto telefónico o realizando la	Se hicieron un total de (0) llamadas telefónicas para reagendamiento de consultas ante inasistencias identificadas.
6. Facturación de atenciones segun linea tecnica de lider de planeaación.	Se facturaron un total de (0) atenciones conforme a línea técnica brinada por el líder de Planeación
7. Demás acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	Se asistió a todos los fortalecimientos y comité citados por líder de planeación, para el cumplimiento de las horas administrativas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$ 3.115.676**	**TRES MILLONES CIENTO QUINCE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS**

Ginna Hincapie

NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Ginna Alexandra Hincapie Caceres

CC. 1.014.240.582

30 **4** **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	1014240582-0	GINNA ALEXANDRA HINCAPIE CACERES	Tras 34 NO 19-05	9014769	alexita201912@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	15/04/2024	75700899	$428.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

PAGADA

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	1014240582-0	GINNA ALEXANDRA HINCAPIE CACERES		Tras 34 NO 19-05	9014769	alexita201912@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	15/04/2024	75700899	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	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	1014240582	HINCAPIE CACERES GINNA ALEXANDRA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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