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:	BELLO MORALES YENI DANIELA		333989
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1015474607
CORREO	daniela.bello024@gmail.com	CELULAR	3102972845
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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24108373848		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5205-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1178	FECHA	08/05/2023	NÚMERO DE CRP: 1	22509	FECHA	12/05/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 2	27503	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	33084	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	39559	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1907	FECHA	30/08/2023	NÚMERO DE CRP: 5	43843	FECHA	05/09/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2044	FECHA	26/09/2023	NÚMERO DE CRP: 6	44627	FECHA	26/09/2023
NÚMERO DE CDP: 7	2099	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 7	46888	FECHA	13/10/2023
NÚMERO DE CDP: 8	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 8	52264	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 9	2389	FECHA	21/12/2023	NÚMERO DE CRP: 9	56372	FECHA	21/12/2023
NÚMERO DE CDP: 10	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 10	9039	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 11	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 11	17692	FECHA	09/02/2024
NÚMERO DE CDP: 12	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 12	22270	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 13	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 13	23996	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 14	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 14	28634	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 15	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 15	null	FECHA	21/06/2024

OBJETO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	06	2024		30	06	2024

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,613,064	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:	64,582,896
VALOR EJECUTADO:	64,582,896
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,613,064
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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



SANDRA MIREYA SANCHEZ	BELLO MORALES YENI DANIELA
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.

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
77860520	232,000	297,000	3	45,300	0	574,300
	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 MIREYA SANCHEZ	BELLO MORALES YENI DANIELA
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.

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
	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:	**5205-2023**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRA MIREYA SANCHEZ**		**1/06/2024**			**30/06/2024**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Yeni Daniela Bello Morales**							
OBJETO DEL CONTRATO:	**Profesional En Enfermeria**	**DOCUMENTO:**	1015474607					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	**100%**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, ruteo y conglomerado.	1. Se realizo la valoracion integral de los integrantes de familias de las estrategias de casa (40), ruteo (0) y conglomerado (0).
2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado	2. Se contruyeron (40) 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 (0) notificaciones al subsistema correspondiente y asi mismo, se le notifico al lider operativo. Adicional se realizaron (40) cargues de atenciones en el aplicativo destinado por SDS.
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 solicito (0) asistencias o teleconsultas al medico famoliar o medico internista con el fin de fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo.
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 (0) 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 teleconsulta 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.	6. Se generaron (0) ordenes de examenes diagnosticos.
7. Valoracion integral.	7. En el periodo, se realizaron (40) valoraciones integrales.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$ 4.613.064**	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS

NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Yeni Daniela Bello Morales

cc. 1.015.474.607

30 - 6 - 2024

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

Firma de recibido supervisor:

SANDRA MIREYA SANCHEZ
Directora de Gestion del Riesgo (E)

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	1015474607	YENI DANIELA BELLO MORALES	CL 73 A BIS A 69 H 13	3049673	daniela.bello024@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	10/07/2024	78605028	$574.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230.700	0		0		0	7	1.300	0	232.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.300	0	0	0	0	7	1.600	0	296.900	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	45.000				45.000	7	300	45.300			450	45.300	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	230.700	232.000
Pensión	1	295.300	296.900
Riesgos Laborales	1	45.000	45.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	574.200

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
CC	1015474607	YENI DANIELA BELLO MORALES		CL 73 A BIS A 69 H 13	3049673	daniela.bello024@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-06	2024-06	I	10/07/2024	78605028	$574.200	

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	Exonerado	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	1015474607	BELLO MORALES YENI DANIELA	59	0			N																	25-14	1.845.300	295.300	0	0	0	0	EPS017	1.845.300	230.700	14-11	1.845.300	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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