Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO UORDEN 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		336634
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
NÚMERO DE CDP: 6	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 6	22521	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 7	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 7	23995	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 8	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 8	27668	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 9	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 9	null	FECHA	21/06/2024

OBJETO:	TECNICO							
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	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:	24,564,364
VALOR EJECUTADO:	24,564,364
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:	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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
4551486749	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	0	0		0	0	

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

Kelly Guzmán

SANDRA MIREYA SANCHEZ	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA
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 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	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA
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
		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:	5199-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MIREYA SANCHEZ			1/06/2024		30/06/2024		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Kelly Johanna Guzmán Tinoco							
OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar De Enfermeria Seguimiento	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 (0) y telefonica (1150), reporte de los hallazgos encontrado para su posterior reporte, cumplimiento del plan de trabajo de acierdo a la estrategia del equipo
2. Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias abordadas por los EAC de acuerdo con la prioridad y tiempos establecidos.	2. Realizar el correcto diligenciamiento de las bases de seguimiento presencial (0), telefonico (1150) y UAIC (0) 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 (45) base hallazgos de condiciones de salud que requieran atención por los 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 (0) planes de cuidado concertado o atención prestada en UAIC.
5.Realizar las alertas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado.	5. Realización de base (1) reportes en donde se evidencia acciones de mejora de los usuarios a 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	6. (1) base donde se soporta y evidencie la revisión de historia clinica de los usuarios que se les realiza el seguimiento.
7. Hará el agendamiento de citas médicas de control para la población priorizada.	7. (1) Soporte de revisión de historia clinica y diligenciada en la base de seguimiento.
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 clinica 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 lider 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	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 (listado de asistencia, (0)
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 len han sido resolutivos a los usuarios para su respectivo reporte a planeación y lideres 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 (0) , UAIC (0) y telefonicos (1150) al lider de seguimiento en las herramientas ofimáticas 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 soportes establecidos en los diferentes procesos con la información veras 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

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Kelly Johanna Guzmán Tinoco

cc. 1.023.916.015

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023916015
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KELLY JOHANA GUZMAN TINOCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 64 BIS A SUR 19A - 14	TELÉFONO:	7171376
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4551486749**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998885283	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1023916015	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	102391601	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 402.200**