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:	OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH		342257
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023976730
CORREO	ocampoangie26@gmail.com	CELULAR	3234891545
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:	6851-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	2187	FECHA	01/11/2023	NÚMERO DE CRP: 1	50088	FECHA	16/11/2023
NÚMERO DE CDP: 2	2250	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 2	52977	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 3	159	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 3	9731	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 4	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 4	18068	FECHA	09/02/2024
NÚMERO DE CDP: 5	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 5	22533	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 6	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 6	24076	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 7	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 7	27910	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 8	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 8	37108	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 9	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 9	42322	FECHA	31/07/2024

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	07	2024		31	07	2024	
TIPO SERVICIOS	PIC			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,460,449	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:	21,609,154
VALOR EJECUTADO:	21,395,202
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,246,497
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	168
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	213,952
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.01 %

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
9468965153	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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA	OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH
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:	6851-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
						1/07/2024		31/07/2024

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID PAOLA LOZANO TORRES		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Angie julieth ocampo ordoñez		
OBJETO DEL CONTRATO:	Auxiliar De Enfermeria Seguimiento	DOCUMENTO:	1023976730
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	91%		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas	Cumplimiento de las metas diarias, presentacion de fechas de visita presencial (15) y telefonica (1050, reporte de los hallazgos encontrado para su posterior reporte, cumplimiento del plan de trabajo de acuerdo 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.	Realizar el correcto diligenciamiento de las bases de seguimiento presencial (15), telefonico (1050) 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.	Reporte en (17) 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.	Entrega de informe en donde se evidencie las dificultades por parte de los usuarios con relación a la adherencia de (1) 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.	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 acceso al médico quien hará el registro de la atención médica	(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.	(1) Presentación de agendamiento de usuarios de seguimientos presencial a visitar con fecha del día de la visita en una base
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.	(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.	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 visita.	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)
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.	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
12. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda, en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla.	Reportar puntual y diariamente de su gestión de los seguimientos presenciales (15) , UAIC (0) y telefonicos (1050) 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.	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	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 ($)	2246496	DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

Angie Ocampo

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Angie julieth ocampo ordoñez

CC. 1023976730

31 7 2024

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

Firma de recibido supervisor:

INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Directora de Gestion del Riesgo

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023976730		OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 este 26-07 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2082237	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	766201343	9468965153	I	2024/07/09	2024/07/10	BANCO DAVIVIENDA	1	$402,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$31,700**		**$0**	**$0**		**$402,200**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$31,700**		**$0**	**$0**		**$402,200**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
1	CC	1023976730 OCAMPO ANGIE																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023976730		OCAMPO ORDOÑEZ ANGIE JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 9 este 26-07 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2082237	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	766201343	9468965153	I	2024/07/09	2024/07/10	BANCO DAVIVIENDA	1	$402,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$200	$0	$208,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$200	$0	$208,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$200	$0	$162,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$200	$0	$162,700
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$500**	**$0**	**$402,700**