	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNIFER ASTRID ARIAS MORAN								421266		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.				1013652025						
CORREO	3104779000	CELULAR				jenniferastridmoranarias@g						
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano											
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y				UNIDAD:				Chapinero			
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:		6359-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	828	FECHA	16/06/2025	NÚMERO DE CRP: 1	33473	FECHA	17/07/2025				
NÚMERO DE CDP: 2	1166	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 2	40313	FECHA	31/08/2025				
NÚMERO DE CDP: 3	1323	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 3	45235	FECHA	29/09/2025				
NÚMERO DE CDP: 4	1467	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 4	50752	FECHA	30/10/2025				
NÚMERO DE CDP: 5	1716	FECHA	27/11/2025	NÚMERO DE CRP: 5	56222	FECHA	30/11/2025				
NÚMERO DE CDP: 6	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 6	null	FECHA	null				

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULATORIOS

PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	12	2025		23	12	2025
TIPO SERVICIOS	Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%			0			
VALOR MES	2,031,492		VALOR LETRAS						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:	10,900,156
VALOR EJECUTADO:	10,026,396
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,561,846
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	143
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	873,760
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	91.98 %

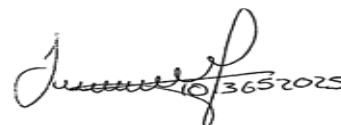
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
9495965903	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	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,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						VERSIÓN: 4				
							PÁGINA : 1 DE 1				
						FECHA: 07/11/2024					
ÁREA Y/O SERVICIO: OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO						UNIDAD:					
No. DE CONTRATO: 6359 - 2025				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA LOZANO MATEUS (E)						1	12	2025	23	12	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JENNIFER ASTRID ARIAS MORAN				DOCUMENTO: 1.0136.520.25							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULATORIOS en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano en la Subred Integrada de Servicio de Salud Norte ESE, programa Ruta de la Salud.											
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%											
OBLIGACIONES ESPECIFICAS						ACTIVIDADES REALIZADAS					
1.Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.						Con base en el plan de acción definido anualmente por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, junto con el Programa Ruta de la Salud, se implementan de manera continua acciones que aportan al desarrollo operativo de los componentes estratégicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte					
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades						Desarrolle las actividades definidas dentro del proceso establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, en articulación con el Programa Ruta de la Salud, aportando al fortalecimiento de la Gestión Integral Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte."					
3.Revisar su programación de ruta una vez recibida, organizarla y reportar cualquier tipo de novedad que se presente en el traslado del usuario, garantizando un buen servicio y seguridad a través del acompañamiento, buen trato y cumplimiento de los recorridos.						Se verifico la programación de la ruta al momento de recibirla, acatando el plan de traslado de acuerdo con lo establecido, se reporto oportunamente cualquier novedad que se presento durante el recorrido, asegurando un servicio seguro, con acompañamiento y buen trato					
4.Dar cumplimiento a la programación y recorrido establecido y dispuesto por la coordinación del programa, de acuerdo a las rutas en las diferentes localidades de la Subred Norte.						Se realizo puntualmente la programación asignada , desarrollando los recorridos establecidos en las diferentes localidades de la Subred Norte, garantizando cumplimiento, oportunidad y calidad en la prestación del servicio					
5.Diligenciar con letra clara todos los campos de los formatos establecidos en la ruta de la Salud como soportes de la operación, presentar estas planillas, informes, reportes, en los tiempos establecidos garantizando la oportunidad veracidad y confidencialidad de los mismos. Realizar los reportes correspondientes en los tiempos y formatos establecidos (número						Se diligencio de manera legible y completa todos los campos de los formatos establecidos en el programa Ruta de la Salud, asegurando la veracidad y confidencialidad de la información registrada. Tambien se entrego en los tiempos establecidos las planillas de socialización y planillas de traslados.					
6.Brindar un buen trato a los usuarios y compañeros de trabajo, manejando una comunicación asertiva, trato humano, ético y respetuoso						Se brindo un trato humano, ético y respetuoso a los usuarios y compañeros utilizando una comunicación asertiva que favorezca el trabajo en equipo y una atención centrada en la humanización del servicio.					
7.Realizar actividades de sensibilización y orientación al usuario, frente al programa Ruta de la Salud cuando la rotación mensual así lo requiera o espontáneamente en las unidades donde no se ubican orientadores de la Ruta de la Salud						Se realizo jornadas de sensibilización y orientación a (272) usuarios en el Hospital de suba sobre el Programa Ruta de la Salud, garantizando que los usuarios reciban información clara y oportuna.					
8.Realizar las paradas en los puntos predeterminados de llegada o salida de las rutas, ingresando a la unidad para captar usuarios e informar la llegada o salida y hacia dónde se dirige la Ruta. Durante el traslado realizar charlas educativas, agendar, informar, orientar, captar usuarios						Se realizaron las paradas en los puntos previamente establecidos de llegada y salida de las rutas, ingresando a las unidades para captar y trasladar (272) usuarios e informar sobre la llegada, destino y salida de la Ruta asignada .Durante el recorrido, se comunico el derecho y el deber del mes,se oriento mediante charlas como se debe realizar el agendamiento del programa Ruta de la salud para captar nuevos usuarios.					
9.Responder de manera oportuna las solicitudes telefónicas de los usuarios, apoyar la confirmación telefónica de los traslados cuando se requiera. Agendar la ruta de manera presencial o telefónica a usuarios en las unidades en las que se encuentran, de acuerdo a la programación de su cita médica.						Se Atenderieron oportunamente las solicitudes de los usuarios, se realizo el agendamiento de manera presencial de (41) usuario en las unidades de atención, conforme a la programación de sus citas médicas.					
10.Notificar incidentes y eventos adversos y complicaciones derivados de las atenciones y de acuerdo a directrices de seguridad del paciente, prestando los primeros auxilios en caso de emergencia, está prohibido suministrar medicamentos durante el recorrido. Informar cualquier evento que se presente o que sea relevante para dar reporte a requerimientos de los superiores.						Se reporto oportunamente a los superiores toda situación relevante según las directrices de seguridad del paciente.					
11.Dejar evidencia en los casos que los pacientes no cumplan la cita en el punto de encuentro, o realicen mal uso del servicio de Ruta, reportando el incidente y enviando foto de la georreferenciación al grupo WhatsApp establecido en tiempo real.						Se registro en tiempo real el desarrollo de la ruta, dejando evidencia mediante reporte escrito y envío de fotografía con georreferenciación al grupo de WhatsApp Operación Ruta					
12.Establecer comunicación asertiva permanente con los orientadores de ruta que se encuentre en las unidades y con las auxilia lieres de enfermería de las otras rutas para establecer y confirmar la llegada, recogida o trasbordos de los pacientes						Se establecio comunicación asertiva y continua con la lider del programa Ruta de la salud , las compañeras auxiliares de enfermería y equipo administrativo , para coordinar la ejecucion del programa , garantizando la continuidad en el servicio.					
13.Realizar limpieza y desinfección diaria (según instructivo de la ruta) del interior de los vehiculos por lo menos dos veces al día o en caso de algún incidente biológico.						Para el mes de diciembre se realizar limpieza y desinfección diaria del interior del vehiculo asignado ,por lo menos dos veces al día o en caso de algún incidente biológico.					

<p>14.Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades, presentación personal, cuidado y uso racional de los recursos, seguridad y salud en el trabajo, Seguridad de la información, acorde con el desarrollo de las responsabilidades asignadas.</p>	<p>Se desarrollo de manera constante prácticas de autocontrol en la ejecución las funciones asignadas, garantizando el cumplimiento de actividades, una presentación personal adecuada, el uso racional de los recursos, el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, y la protección de la información.</p>
<p>15.Presentar los soportes para el pago de honorarios (planilla de pago de seguridad social, actividades y cuenta de cobro) en los tiempos y formatos establecidos, una vez se realice el pago, debe subir estos soportes al secop II.</p>	<p>Se radico en los tiempos y formatos establecidos los soportes requeridos para el pago de honorarios (planilla de pago de seguridad social, informe de actividades y certificación bancaria).</p>
<p>16.Las demás actividades que le sean afines con la naturaleza del contrato. El cumplimiento de las obligaciones se realizará en el marco del Convenio Interadministrativo</p>	<p>Cuando se presentan requerimiento de apoyo actue con asertividad y apoyo al equipo de trabajo y de acuerdo con las directrices del lider de la lider del proceso.</p>
<p>OBSERVACIONES:</p>	
<p>TOTAL A PAGAR: Dos millones treinta y un mil cuatrocientos noventa y dos pesos M/Cte \$1,561,846</p>	
<p style="text-align: center;"> CC:1.022.999.094</p>	<p style="text-align: center;"> LILIANA LOZANO MATEUS (e) Jefe Oficina Participación Comunitaria y Atencional Usuario 23 diciembre del 2025</p>
<p style="text-align: center;">Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</p>	

B

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013652025		ARIAS MORAN JENIFFER ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 11 a este #25A-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104779000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	38089683	9495965903	I	2026/01/08	2025/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1013652025	ARIAS JENIFFER	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013652025		ARIAS MORAN JENIFFER ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 11 a este #25A-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104779000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	38089683	9495965903	I	2026/01/08	2025/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	