| 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: | CASTRO SEPULVEDA RUTH ELIANA | | 234164 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1031160455 |
| CORREO | laquis16@hotmail.com | CELULAR | 3108091714 |
| 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 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | AT1 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 7 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 0074131137 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5831-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 2103 | FECHA | 17/08/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 41549 | FECHA | 09/09/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 2537 | FECHA | 01/10/2022 | NÚMERO DE CRP: 2 | 47166 | FECHA | 01/10/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 2768 | FECHA | 26/10/2022 | NÚMERO DE CRP: 3 | 48391 | FECHA | 26/10/2022 |

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 11 | 2022 | | 30 | 11 | 2022 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 2,299,448 | 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: | 6,280,213 |
| VALOR EJECUTADO: | 6,280,213 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,299,448 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1049698634 | 125,000 | 160,000 | 3 | 24,400 | 0 | 309,400 |
| | 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 BOCANEGRA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ELIANA CASTRO S.
CASTRO SEPULVEDA RUTH ELIANA
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.

| 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.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: | | Equipos de Atencion en Casa | | | | UNIDAD: | | SALUD PUBLICA FERIAS | | |
| No. DE CONTRATO: | | 5831-2022 | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | | SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ | | 1/11/2022 | | | 30/11/2022 | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | Castro Sepulveda Ruth Eliana | DOCUMENTO: | 1031160455 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución | | | | | | | | |
| 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | |
| 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 asignadas. | Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad |
| 1. Priorizar esquemas de vacunación incompletos en menores de 5 años, gestantes y población con dificultades para la movilidad, identificada por los grupos base.<br>2. Cumplir con la oportunidad y calidad esperada para la aplicación de biológicos a la población priorizada.<br>3. Recibir diariamente del líder operativo el listado de usuarios priorizados independientemente del aseguramiento en salud, con esquema de vacunación incompleto para la edad y con el registro de información del esquema faltante.<br>4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud el antecedente vacunal del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar.<br>5. Hacer contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la vacunación en casa.<br>6. Brindar información sobre los biológicos que se administrarán, enfermedad que previene, los posibles efectos adversos, así como su manejo en el caso de que aparezcan, y demás información útil.<br>7. Disponer a realizar la entrega del biológico sobrante en el punto de vacunación que se haya dispuesto por la subred para realizar la recepción y devolución de los biológicos.<br>8. Llevar registro diario con la relación de los usuarios vacunados y la información que corresponde para este proceso. | 1.se realiza seguimiento telefonico a usuarios o cuidadores con el fin de verificar datos de ubucacion e informar y realizar las visitas requeridas |

OBSERVACIONES:

| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) | $2.299.448 |
|---|---|
| | DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS |

Eliana Castro S

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Castro Sepulveda Ruth Eliana

CC 1031160455

Fecha : 30/11/2022

Firma de recibido supervisor:

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-11-10, 09:35:04 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1049698634

**Periodo Cotización:** octubre de 2022 **Periodo Servicio:** octubre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8860279910

**PAGADO 10/11/2022 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA | | |
| **Documento** | CC1031160455 | **Dirección** | TRV 9 A BIS 48 G -80 SUR APT 402 T 5 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3108091714 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1031160455 | RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.000.000 | $ 160.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.000.000 | $ 125.000 | 2.436 | $ 1.000.000 | $ 24.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 309.400 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 160.000 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 309.400 | $ 0 | $ 309.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.