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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VELASQUEZ RAMIREZ CAROLINA			234947
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52934661	
CORREO	veraco24@hotmail.com	CELULAR	3148645482	
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	0094551355		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6947-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2316	FECHA	09/09/2022	NÚMERO DE CRP: 1	43414	FECHA	01/10/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2768	FECHA	26/10/2022	NÚMERO DE CRP: 2	48376	FECHA	26/10/2022

OBJETO:	MEDICO GENERAL							
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	6,633,936	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:	13,267,872
VALOR EJECUTADO:	13,267,872
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,633,936
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
63416381	331,700	424,600	3	64,700	53,100	874,100
	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 BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VELASQUEZ RAMIREZ CAROLINA
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:		**Equipos de Atencion en Casa**				**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA FERIAS**	
No. DE CONTRATO:		**6947-2022**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ**		**1/11/2022**			**30/11/2022**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**Carolina Velasquez Ramirez**	**DOCUMENTO:**	**52934661**					
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como MÉDICO (A) 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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
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.	
1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, ruteo y conglomerado. 2. Construir concertadamente con el usuario el plan 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. 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. 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. 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. Valoración Integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada 7. Valoracion integral.	. Se realizó la atención a pacientes y usuarios en el servicio de atención domiciliaria, durante el mes de NOVIEMBRE de 2022, con trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia. Atención realizada usando los elementos de protección personal dispuestos en contexto de pandemia COVID 19 y con consentimiento firmado por el usuario que atendio la visita en el cual se niega la presencia de sintomas covid 19 y autorización de ingreso a la vivienda. 2. Se asistió y participó en las capacitaciones y requerimientos presenciales y virtuales que se realizaron durante el mes de Diciembre así como comites de cuidado 3. Se registro la atención brindada en el formato de historia clinica digital segun las indicaciones bajo modalidad de consulta externa 4. Se realizaron notificacion de eventos de interes publica como violencia intrafamiliar, ideacion suicida y otros segun lo indicado 5. Se realizo la captacion de individuos no afiliados al sistema de salud y susceptibles a afiliacion por oficio segun estipulado en lineamientos 5. Se desarrollaron planes de cuidado en conjunto con los equipos complementarios dentro de los espacios destinados a esto: Comites de cuidado 6. Se realizaron fichas de caracterizacion para cada vivienda visitada de acuerdo al resultado de la atencion (efectivas, rechazadas, ausentes, no residenciales y fallidos). 7. Se realizaron las entregas y correcciones de las fichas de caracterizacion en conjunto con los equipos complementario y los ingenieros de sistemas en los plazos establecidos. 8. Registros de historia clinica en formato digital plataforma servinte. 9. Fichas de caracterizacion para cada predio visitado durante noviembre adicionalmente las debidas correcciones segun observaciones y lineamientos. 10. Fichas de notificacion, formatos de alerta y documentos de afiliacion segun corresponda para situaciones de reporte encontradas en domicilios visitados 11. Reporte diario de productividad en campo reflejado en el total de Planes de Cuidado cargados durante la jornada laboral, durante el mes de NOVIEMBRE DE 2022 con la meta postulada para le mes vigente 12. Reporte de canalizaciones, candidatos a afiliaciones por oficio y notificaciones de barreras de acceso a salud y otros eventos de notificacion segun lo encontrado en consulta 13. Notificacion de entrega de elementos de trabajo y consentimientos informados posterior a cada jornada 14. Entrega de certificados y validaciones de capacitaciones en modalidad virtual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$6.633.936** **SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS**

Carolina Velasquez Ramirez
52.934661

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Carolina Velasquez Ramirez

CC 52934661

Fecha : 30/11/2022

Firma de recibido supervisor:

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	52934661	CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ	calle25 # 68 c-50 interior 1 apto 202	3148645482	veraco24@hotmail.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-10	2022-10	I	24/11/2022	63416381	TOTAL A PAGAR	
					$880.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	331.700	0		0		0	7	2.400	0	334.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	424.600	0	0	0	0	7	3.000	0	427.600	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	64.700				64.700	7	500	65.200			647	65.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	53.100	7	400	53.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	331.700	334.100
Pensión	1	424.600	427.600
Riesgos Laborales	1	64.700	65.200
CCF	1	53.100	53.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	874.100	880.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52934661	CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ		calle25 # 68 c-50 interior 1 apto 202	3148645482	veraco24@hotmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-10	2022-10	I	24/11/2022	63416381	$880.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. estudiante	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
CC	52934661	VELASQUEZ RAMIREZ CAROLINA	57	0			N	R																230301	2.653.574	424.600	0	0	0	0	EPS008	2.653.574	331.700	14-11	2.653.574	3	64.700	CCF24	2.653.574	53.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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