en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010417788		MANCHA PRIETO DIEGO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 96#71-67	BOGOTA BOGOTA D.E.	7730873	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1132396388	94248332186	I	2021/09/21	2021/09/16	BANCOLOMBIA	0	$854,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC	1010417788	MANCHA PRIETO DIEGO ALEJANDRO	231001	30	$2,443,392	$391,000	EPS008	30	$2,443,392	$305,500	CCF24	30	$2,443,392	$48,900	14-11	30	$2,443,392	$99,600	30	$0	$0	
2	TI	1013221544	MANCHA PRIETO STEFANY		0	$0	$0	EPS008	30	$0	$49,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	
Total Afiliados(2)						$2,443,392	$391,000			$2,443,392	$355,200			$2,443,392	$48,900			$2,443,392	$99,600		$0	$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$391,000	$0	$0	$391,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$391,000	$0	$0	$391,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$99,600	$0	$0	$99,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$99,600	$0	$0	$99,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,900	$0	$0	$48,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$48,900	$0	$0	$48,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$355,200	$0	$0	$355,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$355,200	$0	$0	$355,200
TOTAL				1	$854,700	$0	$0	$854,700

Escaneado con CamScanner

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:	MAHECHA PRIETO DIEGO ALEJANDRO		157684
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018457788
CORREO	alejomahecha27@gmail.com	CELULAR	3013053079
PROCESO:	Quirurgicos		
SERVICIO:	Quirurgicos	UNIDAD:	Simon Bolivar

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	91200307408		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3156-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	14612	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	19141	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	26417	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 4	36063	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1397	FECHA	30/06/2021	NÚMERO DE CRP: 5	43892	FECHA	30/06/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1560	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 6	46332	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1719	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 7	52551	FECHA	25/08/2021

OBJETO: MEDICO GENERAL

PERIODO GERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2021		30	09	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	6,312,096	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:	53,181,984
VALOR EJECUTADO:	51,553,056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	5,294,016
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	156
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,628,928
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.94 %

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
9424632106	355,200	391,000	3	59,600	48,900	854,700
	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,

HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MAHECHA PRIETO DIEGO ALEJANDRO
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.

Escaneado con CamScanner

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 23/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS — **UNIDAD:** — **CALLE 80**

No. DE CONTRATO: 3156-2021	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 1018457788		1	9	2021	30	9	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO MEDICO GENERAL CALLE 80 EMAUS O UNIDADES QUE DEMANDE EN LA SUB RED

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ___ NO ___ Servicios: SI X NO ___

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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.	100%	1. Lectura de los documentos del SOH y SUA actualizados a través de correo electrónicos. 2. Asistencia a las socializaciones citadas por la Subred norte	Actas de reuniones: SI X NO ---- Soportes Correos electrónicos: SI ----- NO X
2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico 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.	100%	1. Lectura y adherencia al instructivo de información al usuario y su familia y recomendaciones de egreso 2. Notificación de sucesos de seguridad en el periodo. 3. Se brindo trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia durante el periodo.	1. Registro en la historia clínica de la información brindada al ingreso y egreso al usuario y su familia. SI: X NO: ---- 2. Sucesos de seguridad notificados SI : X NO: ---- 3. Se cumplieron requerimientos por trato deshumanizado e irrespetuoso: SI: ---- NO: X
3. Realizar triage y consulta médica en el servicio de urgencias	100%	realizacion de triage y consulta medica de urgencias	Consultas medicas: 230
4. Realizar los procedimientos que se deriven de la atención médica en el servicio de Urgencias	100%	Realizacion de procedimientos que se derivaron de la atencion medica en urgencias	Procedimientos: 19
5. Evolucionar los pacientes en el servicio de observación y definición de conducta	100%	Evolucion paciente en observacion urgencias, con definicion de conducta de manejo y realizacion de las solicitudes necesarias para definir egreso	Evoluciones: 105 y Egresos 12
6. Cumplir las actividades Programadas	100%	Turnos realizados	Total horas mes: 156
7. Diligenciar adecuada y oportunamente la Historia clínica y demás registros institucionales según Normatividad vigente.	100%	Diligenciamiento de la historia clinica ordenes medicas y de servicios, formato de referencia y contrareferencia.	Historias clínicas diligenciadas y firmadas Cumplió: SI_X_ NO ___
8. Notificar eventos inusuales en salud pública y eventos adversos.	100%	Notificacion eventos inusuales en salud publica y eventos adversos	Fichas de notificación obligatoria 0 , certificados de defunción diligenciados y en el sistema 0 y No. Eventos adversos notificados 0
9. Asistir a capacitaciones programadas por la Subred Norte y cumplir con las demás actividades asignadas	100%	Asistencia a capacitaciones programadas por la Subred Norte y cumplimiento con las demás actividades asignadas	Cumplió SI_X___ NO _____
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (número y letras): $ (5.284.016) CINCO MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CERO DIECISEIS MIL PESOS M/CTE

DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO
NOMBRE COMPLETO LEGIBLE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC 1018457788

Firma de quien ejerce la supervisión

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

Escaneado con CamScanner