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:	BARRIGA HERRERA ANGEL ALBEIRO		163547
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80127507
CORREO	ANGELBARRIGA72@GMAIL.	CELULAR	3194746611
PROCESO:	Hospitalización		
SERVICIO:	Hospitalización	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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	161647748		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2629-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	16011	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	20857	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	707	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	27440	FECHA	31/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	801	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 4	28833	FECHA	23/04/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1127	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 5	37698	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1347	FECHA	25/06/2021	NÚMERO DE CRP: 6	42903	FECHA	25/06/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1560	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 7	47737	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 8	1720	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 8	51914	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 9	57194	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 10	2267	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 10	62161	FECHA	27/10/2021

OBJETO: AUXILIAR DE PATOLOGIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2021		31	10	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,713,804	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:	15,390,384
VALOR EJECUTADO:	15,390,384
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,713,804
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 %

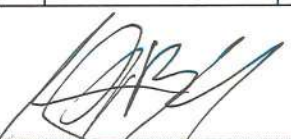
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
9425762194	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Octubre 2021



MOLANO SILVA ELIANA MARIA	BARRIGA HERRERA ANGEL ALBEIRO
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.

	0	0	0	0	

CERTIFICACION UMHES SIMÓN BOLÍVAR
Convenio 018-2021
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,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Octubre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BARRIGA HERRERA ANGEL ALBEIRO
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.	E DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SE	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

AREÁ Y/O SERVICIO: PATOLOGIA					**UNIDAD:**	**SIMON BOLIVAR**		
No. DE CONTRATO: 2629-2021	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
DOCUMENTO: 80,127,507		**1**	**10**	**21**	**31**	**10**	**2021**	

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGEL ALBEIRO BARRIGA HERRERA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE PATOLOGÍA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ___ Servicios: SI _x___ NO __

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recepción de las muestra de patología según indicaciones del procedimiento del Servicio vigentes.	100%	Se recepcionó 1000 muestras de patología según indicaciones del procedimiento del Servicio vigentes.	1000 muestras
Traslado, custodia, preservación y organización de las muestras de Patología.	100%	Se trasladaron, custodiaron, preservaron y organizaron las muestras de Patología.	Según necesidad
Realizar disección de las Necropsias Clínicas según turnos.	100%	Se realizo necropsias en el periodo de la supervisión	03 necropsias
Recepción y entrega de cadáveres según procedimiento.	100%	Se recepcionaron y entregaron cadáveres según procedimiento.	Según necesidad
Atención al público interno y externo.	100%	Se realizo atención al público interno y externo.	Según necesidad
Actualización de la base de datos de ingreso a Patología.	100%	Se realizo actualización de la base de datos de ingreso a Patología.	Según necesidad
Preparación del formol al 10% para patología y servicios solicitantes.	100%	Se preparo formol al 10% para patología y servicios solicitantes.	Según necesidad
Descartar resto de tejido ya diagnosticado y recuperación de recipiente reutilizables (lavado), según turnos.	100%	Se descartaron restos de tejido ya diagnosticado y recuperación de recipiente reutilizables (lavado).	Según necesidad
Descarte de químicos que son utilizados en el servicio.	100%	Se realizó descarte de químicos utilizados en el servicio.	Según necesidad
Solicitud de historias clínicas según necesidad.	100%	Se solicitaron historias clínicas	Según necesidad
Archivo de: Especímenes quirúrgicos, láminas histológicas, resultados anatomopatológico y solicitudes de Servicio.	100%	Se realizó el archivo de: Especímenes quirúrgicos, láminas histológicas, resultados anatomopatológico y solicitudes de Servicio.	Según necesidad
Mantener el área de Descripción Macroscópica, el instrumental y elementos en optimas condiciones para uso.	100%	Se mantuvo el área de Descripción Macroscópica, el instrumental y elementos en optimas condiciones para uso.	Según necesidad
Mensajería según necesidades del servicio.	100%	Se realizo mensajería según necesidades del servicio.	Según necesidad
Búsqueda en el archivo de resultados anatomopatológicos, laminas histologías y bloques de parafina según solicitud.	100%	Se realizo búsqueda en el archivo de resultados anatomopatológicos, laminas histologías y bloques de parafina.	Según necesidad
Cumplir con lo contemplado en el manual de bioseguridad.	100%	Se cumplieron las normas contempladas en el manual de bioseguridad.	Según necesidad
Asistir a las capacitaciones y reuniones citadas.	100%	Se asistió a la capacitaciones y reuniones citadas.	Covid -19 prevencion IRA
TOTAL DE EJECUCIÒN:	100%		

OBSERVACIONES: 186 HORAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)$1,713.804 UN MILLÓN SETECIENTOS TRECEMIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANGEL ALBEIRO BARRIGA HERRERA

CC.80.127.507



Fecha 31 de octubre DE 2021

Firma de recibido supervisor: ELIANA MARIA MOLANO.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80127507		BARRIGA HERRERA ANGEL ALBEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 71 A BIS NO 18 L 02	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1163625779	9425762194	I	2021/10/04	2021/10/12	BANCO DAVIVIENDA	8	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

2021/10/12 01:50 PM

2620
163543