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:	DEL RIO GONZALEZ SERGIO ALFONSO		170037
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	72131350
CORREO	sergiocirped@hotmail.com	CELULAR	3013768185
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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	1670038650		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2820-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	15655	FECHA	04/02/2021
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	20370	FECHA	23/02/2021
NÚMERO DE CDP: 3	662	FECHA	26/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	24653	FECHA	26/03/2021
NÚMERO DE CDP: 4	802	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 4	30220	FECHA	23/04/2021
NÚMERO DE CDP: 5	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 5	36410	FECHA	27/05/2021
NÚMERO DE CDP: 6	1397	FECHA	30/06/2021	NÚMERO DE CRP: 6	43750	FECHA	30/06/2021
NÚMERO DE CDP: 7	1560	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 7	46932	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 8	1767	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 8	54646	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 9	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 9	57332	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 10	2267	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 10	62049	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 11	2448	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 11	63883	FECHA	22/11/2021

OBJETO:	MEDICO ESPECIALISTA - CIRUJANO PEDIATRA							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2021		30	11	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	15,563,364	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:	172,883,778
VALOR EJECUTADO:	157,320,414
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	11,547,012
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	132
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	138
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	15,563,364
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	91.00 %

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

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 Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DEL RIO GONZALEZ SERGIO ALFONSO

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.

54950234	1,066,900	1,451,000	3	208,000	0	2,725,900
	0	0		0	0	

convenio 018-2021
UMHES SIMON BOLIVAR

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 Noviembre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DEL RIO GONZALEZ SERGIO ALFONSO
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 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: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN			UNIDAD:	UMHES SIMÓN BOLÍVAR			
No. DE CONTRATO: 2820 - 2021		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 72131350	Periodo certificado	01	11	2021	30	11	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DEL RIO GONZALEZ SERGIO ALFONSO

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA - CIRUJANO PEDIATRA 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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO __X__ 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	100%	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.	Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE
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.	100%	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.	Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.
3.Realizar consulta e interconsulta en los servicios hospitalarios y de urgencias, garantizando el cubrimiento de los servicios (incluye fines de semana y festivos) de acuerdo a la programación realizada.	100%	Realizar ingresos, egresos, evoluciones, valoraciones y respuesta de consultas e interconsultas a los pacientes que se encuentren en los servicios de hospitalización, quirúrgicos.	Evoluciones realizadas, Respuesta interconsultas, Urgencias, respuesta interconsultas piso , valoraciones de primera vez
4.Realizar consulta programada de en el área de consulta externa	100%	Realizar agenda de consulta programada	Pacientes atendidos en consulta programada:
5. Realizar procedimientos quirúrgicos de , según agenda de programación y/o solicitud de urgencias, dando cumplimiento a los tiempos quirúrgicos establecidos por la Subred.	100%	Se realizaron los procedimientos quirúrgicos programados y de urgencia en salas de cirugía.	Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados:
6. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. Realizar las respectivas ordenes medicas POS y NO POS.	100%	Se registra la prescripción en la plataforma MIPRES de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos No POS, cuando la patología del paciente así lo requiere oportunamente.	Se realizó prescripción de medicamentos, dispositivos y procedimientos NO POS:
7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.	100%	Realizar registro en la historia clínica de la información brindada al paciente, registrar en el libro de información a familiares.	Registros en historia clínica y se brindó información a pacientes y familiares:
8. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	100%	Realizar reporte y seguimiento a indicios de atención insegura, IACS, Complicaciones; y demás actividades propias de la especialidad.	Sucesos de seguridad reportados: Infecciones asociadas al cuidado de la salud reportadas:
9. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Resolución No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.	100%	Reporte de eventos de importancia de salud pública.	Eventos de importancia en Salud Pública reportados y / o RUAF diligenciados de forma oportuna:
TOTAL, DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES:

TOTAL, A PAGAR: M/CTE (11547012) ONCE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS

DEL RIO GONZALEZ SERGIO ALFONSO

CC:72131350

Fecha: 30 / 11 / 2021

Firma de recibido supervisor DRA ELIANA MARIA MOLANO

Nota: Este informe de actividades para su 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	72131350	sergio alfonso del rio gonzalez	calle 148 no 16A- 78 casa 12	5279886	sergiocirped@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
2021-10	2021-10	I	26/11/2021	54950234	TOTAL A PAGAR	
					$2.725.900	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.066.900	0		0		0	0	0	0	1.066.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.365.600	0	0	42.700	42.700	0	0		1.451.000	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	860903790-5	208.000				208.000	0	0	208.000			2.080	208.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	1.066.900	1.066.900
Pensión	1	1.451.000	1.451.000
Riesgos Laborales	1	208.000	208.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.725.900	2.725.900

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	72131350	sergio alfonso del rio gonzalez	calle 148 no 16A- 78 casa 12	5279886	sergiocirped@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
2021-10	2021-10	I	26/11/2021	54950234	TOTAL A PAGAR	
					$2.725.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Horas	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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
1	CC	72131350	DEL RIO GONZALEZ SERGIO ALFONSO	59	0			N																	25-14	8.534.748	1.365.600	0	0	42.700	42.700	EPS010	8.534.748	1.066.900	14-11	8.534.748	3	208.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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