0526-2022	Cedula	1019123425	CARDENAS ROJAS CRISTIAN ALFONSO	MEDICO	A00		186	0			6,312,096	0		SI
0527-2022	Cedula	1010172827	BAYONA VARGAS URIEL ALFONSO	MEDICO	A00		186	0			6,312,096	0		SI

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:	BAYONA VARGAS URIEL ALFONSO												196747
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1010172827				
CORREO	urielbayona@gmail.com				CELULAR				3054740413				
PROCESO:	Convenio Enterritorio												
SERVICIO:	Convenio Enterritorio				UNIDAD:				Ferias				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA				
NUMERO CUENTA BANCARIA	0												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0527-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	169	FECHA	20/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	8966	FECHA	31/01/2022

OBJETO:	MEDICO GENERAL								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	04	2022		30	04	2022
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:	18,936,288
VALOR EJECUTADO:	18,936,288
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,312,096
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
9433848703	315,700	404,000	3	61,600	0	781,300
	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,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Abril 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BAYONA VARGAS URIEL 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:	**Equipos Territoriales**					**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**	
No. DE CONTRATO:	**9605-2021**	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:	**1010172827**		1	4	2022	30	4	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Bayona Vargas Uriel Alfonso**							
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO 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 _X_ NO ____ Servicios: SI ____ 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.		Se llevo a cabo la atención a pacientes y usuarios en el servicio de atención domiciliaria, durante el mes de Abril 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.	Registros de historia clinica en formato digital plataforma servinte 2. Fichas de caracterizacion para cada predio visitado durante Abril adicionalmente las debidas correcciones segun observaciones y lineamientos, se realizo direccionamiento de SIRC
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%	Se asistió y participó en las capacitaciones y requerimientos presenciales y virtuales que se realizaron durante el mes de Abril segun los horarios estipulados por la coordinacion de equipos territoriales	Fichas de notificacion, formatos de alerta y documentos de afiliacion segun corresponda para situaciones de reporte encontradas en domicilios visitados, se realizo direccionamiento de SIRC
3.	1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas 2. Constatar la afiliación de los integrantes dela familia al Sistema de Seguridad Social en Salud y registrar los resultados en el formulario pertinente 3. Actualizar los datos básico y generar las novedades de lo identificado en la familias frente al sistema de Seguridad Social en Salud 4. Apoyar al medico en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y verificación de condiciones de aseguramiento 5. Realizar y registrar la caracterización ambiental del hogar con base en el formato definido para fin. 6. Ingresar junto con el medico y un resumen de atención básica en el formato definido para ta fin. 7. Llevar cuenta del estado y del inventario el Kit diagnostico con el fin de solicitara reposición de insumos y/o mantenimiento e equipos 8. Orientar e informa a las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas 9. Registrar los resultados de la visita en la herramienta prevista para tal efecto, de manera que quede a disposición del resto de miembros del Equipo Territorial. 10. Apoyar al medico en solicitar apoyo al centro regular de Urgencias y Emergencias CRUE., en caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas 11. Participar en los comités del cuidado 12. Asistir a reuniones y/o espacios de dialogo con los Gestores y grupo general con el fin e notificar e identificar necesidades entornos. 13. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda, en las herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla. 14. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el	100%	Se registro la atencion 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	4. Reporte diario de productividad en campo reflejado en el total de fichas cargadas durante la jornada laboral 5. Reporte de canalizaciones, candidatos a afiliaciones por oficio y notificaciones segun lo encontrado en consulta 6. Notificacion de entrega de elementos de trabajo y consentimientos informados posterior a cada jornada 7. entrega de insumo y elementos enregados por parte de equipos territoriales.
TOTAL DE EJECUCIÓN:		100%		

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$ 6312096** **SEIS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL NOVENTA Y SEIS PESOS**

NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Bayona Vargas Uriel Alfonso

CC. 1,010,172,827

Fecha : 30 4 2022

Firma de recibido supervisor:

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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