	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO AP.CT.F.52.03
		VERSIÓN 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA 1 DE 1
		FECHA 16/03/2019

INFORMACION DEL CONTRATO

No de contrato o orden de servicio:	5194-2022	**Fecha Contrato d/m/a**	10/06/22
Nombre del contratista:	LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA	**NIT/ N° Identificación**	40.394.385
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA EN EL AREA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE LA SUBRED NORTE E.S.E.		
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA		

Datos del Contrato	CDP		CRP		Valor del Contrato
	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Inicial	1571	10/06/2022	25033	10/06/2022	$15.887.915
Otrosí adición No.1	2082	16/08/2022	34552	16/08/2022	$20.240.025
Otrosí adición No.2					
Otrosí adición No.3					
Otrosí adición No.4					
Otrosí adición No.5					
Otrosí adición No.6					
Otrosí adición No.7					
Otrosí adición No.8					
Otrosí adición No.9					
Otrosí adicion No.10					
Otrosí adición No.11					
Otrosí adición No.12					
				Valor Total contrato	$36.127.940

Plazo del Contrato	
Plazo (Meses y Días):	UN (1) MESES
Inicio *	10/06/2022
Otrosí prorroga No. 2	
Otrosí prorroga No. 3	
Otrosí prorroga No. 4	
Otrosí prorroga No. 5	
Otrosí prorroga No. 6	
Otrosí prorroga No. 7	
Otrosí prorroga No. 8	
Otrosí prorroga No. 9	
Otrosí prorroga No. 10	
Otrosí prorroga No. 11	
Terminación *	31/08/2022

* Indicar en dd/mm/aaaa

EJECUCION DEL CONTRATO

Periodo Ejecutado	Fecha Factura o Cuenta de Cobro (dd/mm/aaaa)	N° Factura o Cuenta de Cobro	Valor Factura o Cuenta de Cobro	IVA	Total factura o Cuenta de Cobro	Total Certificado	Saldo por ejecutar	Observaciones
DEL 10 AL 30 DE JUNIO	30/06/22	FE-45	$2.790.324,00	$ -	$2.790.324,00	$2.790.324,00	$33.337.616	
DEL 1 AL 31 DE JULIO	31/07/22	FE-49	$11.161.296,00		$11.161.296,00	$11.161.296,00	$22.176.320	
DEL 1 AL 31 DE AGOSTO	31/08/22	FE-55	$14.003.610,00		$14.003.610,00	$14.003.610,00	$8.172.710	
				$ -	$ 27.955.230	$ 27.955.230	$ 8.172.710	

Nombre del Supervisor:	MAC CORMICK SALCEDO VANESA
Unidad de Servicios de Salud y Área:	SUBA - SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

OBSERVACIONES

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en consecuencia certifico el pago de la factura o cuenta de cobro numero FE-55

Nota: En caso de incumplimiento, no certificar e indicar lo pertinente de manera oficial a la Oficina Jurídica

Porcentaje de Ejecución en Dinero:	77%	**Porcentaje de Ejecución en Tiempo:**	100%

Firma del Supervisor del Contrato

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:	HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELA		218767
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	40394385
CORREO	luzrhb6401@hotmail.com	CELULAR	3202725261
PROCESO:	Imagenologia		
SERVICIO:	Imagenologia	UNIDAD:	Chapinero

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:	5194-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1571	FECHA	10/06/2022	NÚMERO DE CRP: 1	25033	FECHA	10/06/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2082	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 2	34552	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	22,697,022	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:	36,127,240
VALOR EJECUTADO:	27,955,230
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	14,003,610
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	108
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	8,172,710
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	77.38 %

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
61247392	875,100	1,190,400	5	490,300	0	2,555,800
	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 Agosto 2022

MCCORMICK SALCEDO VANESA — NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELA — 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

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: IMÁGENES DIAGNOSTICAS					**UNIDAD:**		**SIMON BOLIVAR**	
No. DE CONTRATO: 5194-2022	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: VANESA MC CORMICK		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELA	**DOCUMENTO: 40394385**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como Médico Especialista en Radiología en el área de Imágenes Diagnósticas de la Subred Norte E.S.E.								
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.	Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de acreditacion: Gestión del Riesgo, humanizacion de la Atencion, Transformacion cultural, Gestion clinica excelente y segura, Gestion de la tecnologia, Atencion centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
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.	"Participar de las actividades de capacitacion y socializacion de la gestion de clinica excelente y segura. Reportar eventos adversos o incidentes detectados en el servicio de imágenes diagnosticas. Brindar atencion con calidad y humanizacion generando satisfaccion en los usuarios."
3. Realizar la revisión de las imágenes tomadas, el análisis y la interpretación de las mismas con una oportunidad no mayor a 24h luego de su toma para pacientes de urgencias y hospitalizados.	Revisión de imágenes, análisis e interpretación de los estudios radiológicos.
4. Implementación de los puntos de control interno del servicio como son verificación de la calidad de la imagen, correlación de los hallazgos con la información clínica del pacientes.	Verificación de calidad de imágenes diagnósticas y devolución de los estudios que no cumplen con los requisitos para diagnóstico adecuado.
5. Implementación de los puntos de control de seguridad del paciente, notificación de eventos adversos, de resultados criticos, entre otros.	Notificación de eventos adversos y resultados críticos, entre otros.
6. Propiciar la implementación de la cultura de la calidad y autocontrol en la institución y participar activamente en su desarrollo en concordancia con el sistema obligatorio de Garantía de Calidad.	Implementar la cultura de calidad y autocontrol en la institución, en concordancia con el sistema obligatorio de Garantía de Calidad.
7. Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: ($14,003,610) CATORCE MILLONES TRES MIL SEICIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELACC:40394385	**Fecha : 31/08/202** **Firma de recibido supervisor:Dra. VANESA MC CORMICK**

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

Escaneado con CamScanner

Espacio para
Logo Corporativo

LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA
NIT 40.394.385-
CALLE 145 13 43 AP 608
Tel: (031) 8876699
Bogotá - Colombia
luzhherrera@yahoo.es

Factura electrónica de venta
No. FE-55

Señores	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		
NIT	900.971.006-4	**Teléfono**	(601) 4431790
Dirección	Calle 66 No. 15-41	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	31/08/2022, 13:43
Expedición	01/09/2022, 13:43
Vencimiento	31/08/2022

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS RAYOS X AGOSTO 2022	1.00	14,003,610.00

Total Items: 1

Total Bruto	14,003,610.00
Total a Pagar	**14,003,610.00**

Valor en Letras:
Catorce millones tres mil seiscientos diez pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 14,003,610.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764034725266 aprobado en 20220826 prefijo FE desde el número 51 al 1000 Vigencia: 6 **Meses**
- Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 9.66
CUFE 6e9dff7b74d0f6e086744109b86ee505ef24e9decc7097dc62e7b3d9e4f78d2db406870265abb490937e4f290db5bf84

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S NIT 830.048.1464

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40394385	LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA	CL 147 12 80 AP 809 ED GAIA	1111111	karo6401@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	26/08/2022	81247392	$2.568.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS042	EPS COMFALUD	8002287153	875.100	0		0		0	7	5.300	0	880.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23001	Porvenir	8002248144	1.120.200	0	0	31.900	35.100	7	6.800	600	1.197.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
14-01	Riesgos prof Colmena	8002251753	487.300				48.300	7	1.000	490.300			4.873	490.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	875.100	880.400
Pensión	1	1.190.400	1.197.800
Riesgos Laborales	1	487.300	490.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	**3**	2.552.800	2.568.500

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40394385	LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA	CL 147 12 80 AP 609 ED GAIA	1111111	luzrhb6401@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente		BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	26/08/2022	81247382	$2.568.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Cotizante exonerado	Tipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cot/Sanción	Valor Bono a Afiliado	Valor Bono Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cot/Sanción / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cot/sanción	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40394385	HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELA	N			1															30		230301	7.200.734	1.120.200	0	0	35.150	35.150	EPS042	7.200.734	679.150	14-01	7.200.734	1	497.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner