Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 18/03/2019

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO

No de Contrato u Orden de servicio:	5194-2022	Fecha Contrato Orden:	10/06/22
Nombre del Contratista:	LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA	No. de 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	CRP		CRP		
	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Valor del Contrato
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	2376	16/09/2022	43049	16/09/2022	$33.370.210
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 adición No.10					
Otrosí adición No.11					
Otrosí adición No.12					
				Valor Total Contrato	$69.498.150

Plazo del Contrato	
Plazo (Meses y Días)	UN (1) MESES
Inicio *	10/06/2022
Otrosí prórroga No. 1	
Otrosí prórroga No. 2	
Otrosí prórroga No. 3	
Otrosí prórroga No. 4	
Otrosí prórroga No. 5	
Otrosí prórroga No. 6	
Otrosí prórroga No. 7	
Otrosí prórroga No. 8	
Otrosí prórroga No. 9	
Otrosí prórroga No. 10	
Otrosí prórroga No. 11	
Terminación *	30/09/2022

* Indicar en dd/mm/aaaa

EJECUCIÓN 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	$66.707.826	
DEL 1 AL 31 DE JULIO	31/07/22	FE-49	$11.161.296,00		$11.161.296,00	$11.161.296,00	$55.546.530	
DEL 1 AL 31 DE AGOSTO	31/08/22	FE-55	$14.003.610,00		$14.003.610,00	$14.003.610,00	$41.542.920	
DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE	30/09/22	FE-56	$18.759.564,00		$18.759.564,00	$18.759.564,00	$22.783.356	
				$ -	$ 48.714.794	$ 48.714.794	$ 22.783.356	

Nombre del Supervisor:	MC 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 número:FE-56

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

Porcentaje de Ejecución de Plazo:	67%	Porcentaje de Ejecución de Recursos:	100%

Firma del Supervisor del Contrato

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		223594
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	8	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4452023547		

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
NÚMERO DE CDP: 3	2376	FECHA	16/09/2022	NÚMERO DE CRP: 3	43049	FECHA	16/09/2022

OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2022		30	09	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:	69,498,150
VALOR EJECUTADO:	46,714,794
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	18,759,564
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	152
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	22,783,356
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	67.22 %

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
9440085624	729,300	991,900	5	406,100	0	2,127,300
	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 Septiembre 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 a la 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 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**	**9**	**2022**	**30**	**9**	**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 críticos, 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 Garantia 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: ($18,759,564) ONCE MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELACC:40394385

Fecha : 30/09/2022

Firma de recibido supervisor:Dra. VANESA MC CORMICK

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

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-56

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	30/09/2022, 10:34
Expedición	26/09/2022, 10:34
Vencimiento	30/09/2022

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS RAYOS X MES DE SEPTIEMBRE 2022	1.00	18,759,564.00

Total items: 1

Total Bruto	18,759,564.00
Total a Pagar	18,759,564.00

Valor en Letras:
Dieciocho millones setecientos cincuenta y nueve mil quinientos sesenta y cuatro pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 18,759,564.00

Observaciones:

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

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: adf08f265afaf5b51fe37efb48b6fad8af620bddca93122f6e1f350edc47e9faa286244d5e1d55978d1221e8b0fabc4d

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	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		
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
2022-08	2022-08	I	15/09/2022	[redacted]	TOTAL A PAGAR	
					$2.127.300	

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					
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	729.300	0		0		0	0	0	0	729.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	933.500	0	0	29.200	29.200	0	0		991.900	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	900226715-3	406.100				406.100	0	0	406.100			4.061	406.100	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	729.300	729.300
Pensión	1	991.900	991.900
Riesgos Laborales	1	406.100	406.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.127.300	2.127.300

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