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:	MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL		284100
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79509506
CORREO	ferleymojica@hotmail.com	CELULAR	3125741468
PROCESO:	UCI Adultos		
SERVICIO:	UCI Adultos	UNIDAD:	Simon Bolivar

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	HSBJ02											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	5300365938		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 5569-2023 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO:

NÚMERO DE CDP: 1	1407	FECHA	31/05/2023	NÚMERO DE CRP: 1	26107	FECHA	06/06/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 2	33362	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1714	FECHA	21/07/2023	NÚMERO DE CRP: 3	34164	FECHA	21/07/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 4	39617	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1907	FECHA	30/08/2023	NÚMERO DE CRP: 5	44025	FECHA	05/09/2023

OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2023		31	08	2023

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	16,069,842	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:	50,801,436
VALOR EJECUTADO:	38,360,268
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	18,661,752
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	216
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	12,441,168
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	75.51 %

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
9454824912	985,000	1,339,600	3	192,000	0	2,516,600
	0	0		0	0	

USS 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,

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL
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.

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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	**UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**				**UNIDAD:**	**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**			
No. DE CONTRATO:	**5569-2023**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS**		1	8	2.023	31	8	2.023
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MOJICA GOMEZ FARLEY AXEL**	**DOCUMENTO:**	**79509506**					

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA 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.**

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.	Hice seguimiento de guias de manejo y protocolos institucionales durante la atencion de pacientes adhiriendome a los procesos protocolos procedimientos guias y poticas institucionales de la ESE Subred Norte.cumpli con las actividades de colaboracion multidisciplinarias y con capacitaciones y curso programados por educacion medica y talento humano
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.	colabore con el desarrollo de las estrategias institucionales de atencion siguiendo protocolos y guias institucionales poniendo en practica la gestion del riesgo (prevencion) . Atencion humanizada tranformacion cultural atencion clinica segura y de calidad centrada en el paciente segun las responsabilidades asignada y las estrategias del sistema unico de habilitacion y acreditacion
3. Ingreso y evolución de Pacientes Hospitalizados.	Atencion de paciente hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo octavo piso hospital simon bolivar 8 (ocho)pacientes pasar revista clinica evolucion de historia clinica diaria ,paso de caleteres centrales ,reanimacion de paciente en paro cardiorespiratorio
4. Psicoterapias Individuales y/o Intervención en Crisis.	No aplica
5. Psicoterapia de Pareja.	No aplica
6. Comité y Evaluaciones de equipos interdisciplinarios.	hice el diligenciamientos de la historia clinica según la resolucion 1995 de 1999 (40) cuarenta historias correspondientes a paciente atendidos
7. Realización de Intervenciones Familiares.	brinde informacion a pacientes y familiares (40) cuarenta
8. Psicoeducación.	No aplica

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) **18661752 DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS**

MOJICA GOMEZ FARLEY AXEL
79509506

Fecha 31/08/2023

Firma de recibido supervisor

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

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 79509506		MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 21 137 38 APt 305	BOGOTA-BOGOTA D.C.	7532525	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	95746262	9454824912	I	2023/08/02	2023/08/10	BANCO DAVIVIENDA	8	$2,539,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,339,600	$12,200	$0	$1,351,800
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,339,600	$12,200	$0	$1,351,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$1,800	$0	$193,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$192,000	$1,800	$0	$193,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$985,000	$8,900	$0	$993,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$985,000	$8,900	$0	$993,900
TOTAL				**1**	**$2,516,600**	**$22,900**	**$0**	**$2,539,500**

2023/08/10 02:50 PM

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 79509506		MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 21 137 38 APt 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7532525	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	95746262	94548249 12	I	2023/08/02	2023/08/10	BANCO DAVIVIENDA	8	$2,539,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,880,000	$1,339,600			$7,880,000	$985,000			$0	$0			$7,880,000	$192,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,880,000	$1,339,600			$7,880,000	$985,000			$0	$0			$7,880,000	$192,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$7,880,000	$1,339,600			$7,880,000	$985,000			$0	$0			$7,880,000	$192,000		$0	$0
1	CC 79509506	MOJICA FERLEY	230901	30	$7,880,000	$1,339,600	EPS005	30	$7,880,000	$985,000		0	$0	$0	14-11	30	$7,880,000	$192,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$7,880,000	$1,339,600			$7,880,000	$985,000			$0	$0			$7,880,000	$192,000		$0	$0

2023/08/10 02:50 PM