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:	DUARTE VESGA LEIDY MARIA		292465
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	53031880
CORREO	lduartev28@hotmail.com	CELULAR	3138829731
PROCESO:	Consulta Externa		
SERVICIO:	Consulta Externa	UNIDAD:	Fray

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FBCA03											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	476070011475		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1194-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	12223	FECHA	31/01/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1276	FECHA	23/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	23774	FECHA	23/05/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	27362	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	30204	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1741	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	36643	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 6	1907	FECHA	30/08/2023	NÚMERO DE CRP: 6	42620	FECHA	05/09/2023
NÚMERO DE CDP: 7	2099	FECHA	12/10/2023	NÚMERO DE CRP: 7	45575	FECHA	13/10/2023

OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2023		31	10	2023

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,887,865	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	34,949,660
VALOR EJECUTADO:	34,949,660
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,887,865
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	45
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	45
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
9457074006	616,300	838,200	3	120,100	98,600	1,673,200
	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,

CARBONELL PALACIO MYRIAM ROCIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DUARTE VESGA LEIDY MARIA
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 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: DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS					UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 1194-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MYRIAM ROCIO CARBONELL PALACIO		1	10	2023	31	10	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DUARTE VESGA LEIDY MARIA	DOCUMENTO: 53031880						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA-DERMATOLOGIA, 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.Conocer y aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención.	se realizo remision a las diferentes Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
2.Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.	Se remiten a los pacientes que requieren ingresar a las diferentes rutas de mantenimeinto en especial a la ruta de salud mental y consumo de spa en Caps Fray Bartolome
3.Realizar consulta de DERMATOLOGIA en el servicio de consulta externa e interconsulta especializada en los servicios hospitalarios y de urgencias, garantizando la disponibilidad para el cubrimiento de los servicios de acuerdo a la programación	Se participa de la reunion Modelo Caps correspondiente al mes
4.La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte cancelará al especialista el valor de los honorarios por hora efectiva realizada, teniendo en cuenta el rendimiento de 3 pacientes por hora.	Se realiza demanda inducida a los demas servicios de la subred norte
5.Mantener los indicadores de producción por encima del 95%.	SE REALIZARON 45 HORAS DE CONSULTA, TOTAL PACIENTES:65 ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA. PACIENTES DE FOTOTERAPIA 70 TOTAL: 133 AL MES. % DE PRODUCCION: MAYOR AL 95%
6. Realizar reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.	Se realiza reposicion de inasistencias durante el mes.
7.Diligenciar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999.	Se realiza diligenciamiento de registros clinicos.
8.Docencia Servicio: Brindar apoyo en actividades académicas al personal en formación que rota en las Unidad de la Subred, siguiendo el plan de delegación establecido en el plan de prácticas formativas, efectuando supervisión y acompañamiento permanente y participar de los proceso de investigación e innovación que se requieran.	No se realiza por el momento
9.Asegurar el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos,	Se siguen los parametros establecidos en cuanto al cuidado de equipos
10.Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación.	No se participo durante el mes en elaboracion de guias de manejo sin embargo estoy disponible para realizarlo cuando se requiera
11.Adherencia a los procesos establecidos por la Subre Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).	Se Adhiere a los procesos establecidos por la Subre Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).
12.Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.	Se adhiere a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.
13.Garantizar la prescripción en la plataforma MIPRES de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos NO PBS, cuando la patología del paciente así lo requiera.	NO REALICE MIPRES
14.Participar en la Junta de Profesionales cuando sea convocado, con el fin aportar su concepto técnico , para aprobar o no las prescripciones realizadas y que requieran de dicho procedimiento.	NO PARTICIPE EN JUNTAS MEDICAS ESTE MES
15.Conocimiento de la normatividad que rige la Donación y trasplante de órganos (Acuerdo 419/2009, Decreto 2493/2004, Resolución 1805/2016).	Se da a conocer de la normatividad que rige la Donación y trasplante de órganos
16.Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos,	No se presentaron quejas durante el mes
17.Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.	No se reporta eventos durante el mes

18.Notificar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).	No se Reporta durante el mes
19.Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.	Se participa en reuniones y capacitaciones programadas
20.Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad).	Se aplica los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad).
21.Desarrollar los procedimientos acordes al perfil, habilitados en la Subred Norte.	No se presentan procedimientos durante el mes
22.En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realizar las actividades que le sean asignadas.	NO APLICA
23.Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente interno y Externo de la Institución.	se brinda trato humano, etico y con calidez
24.Las demás actividades que le sean afines con la naturaleza del contrato.	se cumplen con las actividades del contrato

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTYA Y CINCO PESOS($3.887.865)

___DUARTE VESGA LEIDY MARIA__ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 53031880	Fecha : __31__/__10__/__2023___ Firma de recibido supervisor: MYRIAM ROCIO CARBONELL PALACIO

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

c z

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 53031880		DUARTE VESGA LEIDY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7b #134b-66 torre 3 apto 703	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7576393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	206435521	9457074006	I	2023/10/19	2023/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,673,200

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)					$4,930,000	$838,200			$4,930,000	$616,300			$4,930,000	$98,600			$4,930,000	$120,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,930,000	$838,200			$4,930,000	$616,300			$4,930,000	$98,600			$4,930,000	$120,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,930,000	$838,200			$4,930,000	$616,300			$4,930,000	$98,600			$4,930,000	$120,100		$0	$0
1	CC 53031880	DUARTE LEIDY	230301	30	$4,930,000	$838,200	EPS010	30	$4,930,000	$616,300	CCF24	30	$4,930,000	$98,600	14-11	30	$4,930,000	$120,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,930,000	$838,200			$4,930,000	$616,300			$4,930,000	$98,600			$4,930,000	$120,100		$0	$0

2023/10/07 09:39 AM

aportes en linea

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 53031880		DUARTE VESGA LEIDY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7b #134b-66 torre 3 apto 703	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7576393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	206435521	9457074006	I	2023/10/19	2023/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,673,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$838,200	$0	$0	$838,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$838,200	$0	$0	$838,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$120,100	$0	$0	$120,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$120,100	$0	$0	$120,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$98,600	$0	$0	$98,600
COMPENSAR	CCF24	860.066.942	7	1	$98,600	$0	$0	$98,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$616,300	$0	$0	$616,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$616,300	$0	$0	$616,300
TOTAL				1	$1,673,200	$0	$0	$1,673,200

2023/10/07 09:39 AM

Leidy Maria Duarte Vesga
NIT 53.031.880-
carrera 7B # 134B - 66
Tel: (031) 3138829731
Bogotá - Colombia
lduartev28@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. 425

Señores	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.971.006-4	**Teléfono**	(031) 6000024	**Generación**	31/10/2023, 20:35
Dirección	Avenida Suba #106-47	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	26/10/2023, 20:35
				Vencimiento	31/10/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONSULTA DERMATOLOGIA OCTUBRE DE 2023	45.00	86,397.00	3,887,865.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.646.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Total items: 1

Total Bruto	3,887,865.00
Total a Pagar	3,887,865.00

Valor en Letras:
Tres millones ochocientos ochenta y siete mil ochocientos sesenta y cinco pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 3,887,865.00

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 18764055873856 aprobado en 20230911 prefijo desde el número 421 al 449 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 7490 Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. Tarifa
CUFE: fca491a24238f8c22ca932c210e2e8a266cdd1c495096c624c685fd1491e4214f7d022f893cb923d28210eda1bc2cb72

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No de contrato u orden de servicio:	1198-2023	**Fecha Contrato d/m/a**	1/02/2023
Nombre del contratista:	ANDREA LARIZA ESPINAL GIL	**NIT/ N° Identificación**	25276000
Objeto:	Prestar servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD-MEDICO ESPECIALISTA EN FISIATRIA , 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.		
TIPO DE CONTRATO:	SERVICIO ESPECIALISTA OPS		

Datos del Contrato	CDP		CRP		Valor del Contrato
	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Inicial	142	11/01/2023	12227	31/02/2023	$ 28.620.000
Otrosí adición No.	1276	23/05/2023	23432	23/05/2023	$ 818.850
Otrosí adición No.	1495	14/06/2023	27835	14/06/2023	$ 7.512.750
Otrosí adición No.	1565	27/06/2023	30208	27/06/2023	$ 7.512.750
Otrosí adición No.	1741	26/07/2023	36647	1/08/2023	$ 7.512.750
Otrosí adición No.	1907	30/08/2023	42624	5/09/2023	$ 7.512.750
Otrosí adición No.	2099	12/10/2023	45679	13/10/2023	$ 7.512.750
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
				Valor Total contrato	**$ 67.002.600**

Plazo del Contrato	
Plazo (Meses y Días):	**4 MESES**
Inicio *	**1/02/2023**
Otrosí prorroga No. *	**1 MES**
Otrosí prorroga No. *	**1 MES**
Otrosí prorroga No. *	**1 MES**
Otrosí prorroga No. *	**1 MES**
Otrosí prorroga No. *	**1 MES**
Otrosí prorroga No. *	
Otrosí prorroga No. *	
Otrosí prorroga No. *	
Otrosí prorroga No. *	
Terminación *	**31/10/2023**
* 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 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2023	28/02/2023	36	$ 7.155.000		$ 7.155.000	$ 7.155.000	$ 59.847.600	
DEL 01 AL 31 DE MARZO DE 2023	31/03/2023	38	$ 7.155.000		$ 7.155.000	$ 7.155.000	$ 52.692.600	
DEL 01 AL 30 DE ABRIL DE 2023	30/04/2023	39	$ 7.616.100		$ 7.616.100	$ 7.616.100	$ 45.076.500	
DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2023	31/05/2023	40	$ 7.512.750		$ 7.512.750	$ 7.512.750	$ 37.563.750	
DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2023	30/06/2023	41	$ 7.512.750		$ 7.512.750	$ 7.512.750	$ 30.051.000	
DEL 01 AL 31 DE JULIO DE 2023	31/07/2023	42	$ 7.512.750		$ 7.512.750	$ 7.512.750	$ 22.538.250	
DEL 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2023	31/08/2023	43	$ 7.512.750		$ 7.512.750	$ 7.512.750	$ 15.025.500	
DEL 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023	30/09/2023	44	$ 7.512.750		$ 7.512.750	$ 7.512.750	$ 7.512.750	
DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2023	31/10/2023	46	$ 7.512.750		$ 7.512.750	$ 7.512.750	$ -	
					$ 67.002.600	**$ 67.002.600**		

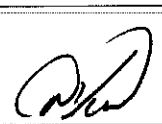
Nombre del Supervisor:	MYRIAM ROCIO CARBONELL PALACIO
Unidad de Servicios de Salud y área:	DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS

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: 46

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

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



Firma del Supervisor del Contrato