| | | |
|---|---|---|
| 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.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO:** | **DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD** | | | | | **UNIDAD:** | | **EQUIPOS DE ATENCION EN CASA Y RELEVO** | |
| **No. DE CONTRATO:** | **0220-2024** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ** | | **1/02/2024** | | | **29/02/2024** | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **Jose Gabriel Garcia Renteria** | | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **Profesional En Medicina** | **DOCUMENTO:** | 1143333569 | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):** | **87%** | | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1.diligenciar. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, ruteo y conglomerado, o los que sean designados acorde a la operación del convenio. | 1. Se realizaron (105 ) valoraciones integrales de los integrantes de la familia en el marco de la estrategía asignada. |
| 2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado. | 2. Se construyeron y entregaron a los usuarios un total de (105 ) planes de cuidado. |
| 3. Realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia. | 3. Se realizaron un total de ( 18 ) notificaciones al subsistema correspondiente, así como el diligenciamiento de ( 4) atenciones en la plataforma dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud y la entrega de ( 105) planes de cuidado familiar conforme a los hallazgos identificados. |
| 4.Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. | 4. Se efectuaron ( 105) consultas telefónicas con los médicos internistas, familiaristas o psiquiatras del programa para aclaración de dudas y recomendaciones. |
| 5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora. | 5. Se agendaron un total de ( 105) citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. |
| 6. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la tele consulta con el especialista, estas órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración Integral individual para actualización de | 6. Se ordenaron ( 2 ) exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva. |
| 7. Valoración integral. | 7. Se llevaron a cabo una total de (105 ) valoraciones integrales. |
| 8. Dará Cumplimiento de la gestión documental, como es el diligenciamiento de los formularios, requerimientos y demás formas documentales institucionalizados en las Subred, qué, para el caso de la prestación de servicios de salud, en atención individual es la historia clínica, que en todo caso deberá cumplir con la normatividad vigente. | 8. Se diligenciaron un total de ( 64) historias clínicas en atención individual dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente. |
| 9. Participar de comités, capacitaciones y todo tipo de espacio que permita el fortalecimiento de capacidades para la buena ejecución de sus actividades para el convenio y la Subred. | 9. Se asisitió a un total de ( 3 ) comités para el fortalecimiento y claridad frente a múltiples aspectos de la práctica médica. |
| 10. Facilitar oportunamente, con calidad y veracidad información de sus actividades con fin estadístico de los usuarios atendidos o actividades propias del convenio, para entrega de reportes y bases a nivel central oentes de control en los tiempos establecidos y direccionados por el líder y/o coordinador. | 10. Se diligenciaron oportunamente un total de (105) registros de las sesiones y actividades desarrolladas en el marco del Convenio. |
| 11. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred. | 11. Se realizaron un total de ( 2 ) canalizaciones, ( 0 ) ordenes de medicamentos y ( 105) intervenciones en terreno. |

**OBSERVACIONES:**

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)** | **$ 6.172.480** | **SEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS** |

NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

**Jose Gabriel Garcia Renteria**

CC. 1.143.333.569

29 2 2024

**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**

Firma de recibido supervisor:

**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**

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

| 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: | GARCIA RENTERIA JOSE GABRIEL | | 315470 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1143333569 |
| CORREO | null | CELULAR | null |
| PROCESO: | EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA | | |
| SERVICIO: | EQUIPOS DE ATENCIÓN EN | 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: | 0220-2024 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 100 | FECHA | 17/01/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | null | FECHA | 29/01/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 261 | FECHA | 23/02/2024 | NÚMERO DE CRP: 2 | 18409 | FECHA | 26/02/2024 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | MEDICO PROFESIONAL | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 02 | 2024 | | 29 | 02 | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 7,098,352 | 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: | 16,562,821 |
| VALOR EJECUTADO: | 6,172,480 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 6,172,480 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 160 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 10,390,341 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 37.27 % |

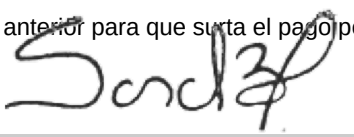
## El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0220202402 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 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,





| SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ | GARCIA RENTERIA JOSE GABRIEL |
|---|---|
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | 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.