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:	FIGUEROA TRUJILLO ANDRES ORLANDO		309891
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018466069
CORREO	andfigueroa@uan.edu.co	CELULAR	3046016387
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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488402868894		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0138-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	37	FECHA	02/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	7404	FECHA	18/01/2024
NÚMERO DE CDP: 2	261	FECHA	23/02/2024	NÚMERO DE CRP: 2	18385	FECHA	26/02/2024

OBJETO:	MEDICO GENERAL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		19	01	2024		31	01	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:	17,745,880
VALOR EJECUTADO:	9,914,546
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,816,194
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	73
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,831,334
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	55.87 %

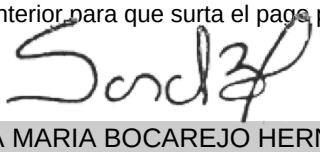
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
001202401	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



FIGUEROA TRUJILLO ANDRES ORLANDO
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: 16/03/2024

ÁREA Y/O SERVICIO:	**DIRECCION DE GESTION DEL RIESCO EN SALUD**					**UNIDAD:**		**EQUIPOS DE ATENCION EN CASA Y RELEVO**	
No. DE CONTRATO:	**0138-2024**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**		**19/01/2024**			**31/01/2024**			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Andres Orlando Figueroa Trujillo**								
OBJETO DEL CONTRATO:	**Profesional En Medicina**	**DOCUMENTO:**	1018466069						
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %	**55.87%**								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. 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. 2. Construir concertadamente con el usuario el plan 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	1. Se realizaron (5) valoraciones integrales de los integrantes de la familia en el marco de la estrategía asignada. 2. Se construyeron y entregaron a los usuarios un total de (65) planes de cuidado. 3. Se realizaron un total de (0) notificaciones al subsistema correspondiente, así como el diligenciamiento de (65) atenciones en la plataforma dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud y la entrega de (65) 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 (0) 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 (2) 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 novedades, Control a población priorizada.	6. Se ordenaron (10) exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva.
7. Valoración integral. 8. Dara 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.	7. Se llevaron a cabo una total de (5) valoraciones integrales. 8. Se diligenciaron un total de (65) 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 (4) 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. 11. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	10. Se diligenciaron oportunamente un total de (65) registros de las sesiones y actividades desarrolladas en el marco del Convenio. 11. Se realizaron un total de (5) canalizaciones, (4) ordenes de medicamentos y (65) intervenciones en terreno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$ 2,816,194**	**DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS**



NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Andres Orlando Figueroa Trujillo

CC. 1,018,466,069

16 3 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.