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 DE GESTION DEL RIESGO 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**			**1/04/2024**	**30/04/2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Andres Orlando Figueroa Trujillo**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Profesional En Medicina**	**DOCUMENTO:**	1018466069		
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	**100%**				

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.	1. Se realizaron (107) 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 (107) planes de cuidado.
3. Realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la	3. Se realizaron un total de (0) notificaciones al subsistema correspondiente, así como el diligenciamiento de (107) atenciones en la plataforma dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud y la entrega de (107 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	5. Se agendaron un total de (10) 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	6. Se ordenaron (30) exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva.
7. Valoración integral.	7. Se llevaron a cabo una total de (22) valoraciones integrales.
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	8. Se diligenciaron un total de (149) 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 (2) 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	10. Se diligenciaron oportunamente un total de (107) 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 (35) canalizaciones, (5) ordenes de medicamentos y (107) intervenciones en terreno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$ 7.098.352**	**SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS**



NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Andres Orlando Figueroa Trujillo

1.018.466.069

CC.

30 **4** **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:	FIGUEROA TRUJILLO ANDRES ORLANDO		326540
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
NÚMERO DE CDP: 3	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 3	22325	FECHA	27/03/2024

OBJETO: MEDICO GENERAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2024		30	04	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:	24,844,232
VALOR EJECUTADO:	24,111,250
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	7,098,352
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	732,982
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	97.05 %

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
76298851	400,300	512,300	3	78,000	64,100	1,054,700
	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	FIGUEROA TRUJILLO ANDRES ORLANDO
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.

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	1018466069-0	ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO	cll 67 d 62 39	3046016387	andfigueroa@uan.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	12/04/2024	76298851	$1.054.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	400.300	0		0		0	0	0	0	400.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	512.300	0	0	0	0	0	0		512.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	78.000				78.000	0	0	78.000			780	78.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	64.100	0	0	64.100	1

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	400.300	400.300
Pensión	1	512.300	512.300
Riesgos Laborales	1	78.000	78.000
CCF	1	64.100	64.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.054.700	1.054.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018466069-0	ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO		cll 67 d 62 39	3046016387	andfigueroa@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	12/04/2024	76298851	$1.054.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018466069	FIGUEROA TRUJILLO ANDRES ORLANDO	59	0			N								X								230201	3.201.684	512.300	0	0	0	0	EPS008	3.201.684	400.300	14-11	3.201.684	3	78.000	CCF24	3.201.684	64.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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