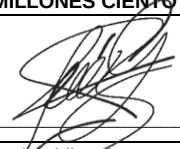
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		VERSIÓN: 5	
			PÁGINA: 1 DE 1	
				FECHA: 16/02/2018
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GUERRERO FERNANDEZ IVAN ORLANDO 328054		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	7181944	
CORREO	iguefercol@hotmail.com	CELULAR	3208001590	
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios			
SERVICIO:	Ambulancias y/o		UNIDAD:	Simon Bolivar
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00			
BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS	
NUMERO CUENTA BANCARIA		0550007500929794		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2441-2024		
Nº DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3
NÚMERO DE CDP: 4	843	FECHA	28/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4
OBJETO:	NULL			
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO
		01	05	2024
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0	
VALOR MES	7,021,500	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:		41,449,500		
VALOR EJECUTADO:		40,996,500		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:		10,192,500		
TOTAL HORAS CONTRATADAS:		186		
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:		270		
VALOR A LIBERAR:		0		
SALDO POR EJECUTAR:		453,000		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:		98.91 %		
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
9466983911	351,300	449,600	5	0
	0	0		0
Cubrimiento vacante movil engativa dias 5-11-15-17-25-27-31 de mayo				
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,

TOVAR REYES LUISA FERNANDA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GUERRERO FERNANDEZ IVAN 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.

	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: TRASLADOS SECUNDARIOS			UNIDAD:		SIMON BOLIVAR			
No. DE CONTRATO: 2441-2024		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA TOVAR REYES			1	05	2024	31	5	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: IVÁN ORLANDO GUERRERO FERNÁNDEZ		DOCUMENTO: 7181944						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO - TRASLADOS SECUNDARIOS.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): <u>100%</u>								
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.			Lectura de los documentos del Sistema único de habilitación y Sistema único de acreditación, para garantizar la calidad en el desarrollo de sus actividades.					
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.			. lectura y adherencia a los instructivos de información. . Notifico sucesos de seguridad del paciente. . Brindo trato humanizado y respetuoso al paciente y su familia en el periodo.					
3. Recepción de órdenes de traslados medicalizados, con valoración médica de cada caso en particular. Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, realizando según sea el caso la interconsulta con otros niveles asistenciales o especialidades cuando la situación clínica lo requiera.			Se realizaron valoraciones medicas indicadas, realizó traslados a las instituciones con nivel de competencia adecuado con la patología del paciente.					
4. Durante el traslado Estabilización de pacientes críticos; realización de maniobras básica y avanzada de ser necesaria.			Realizó estabilización de pacientes que lo requirieron durante el traslado.					
5. Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la atención médica de cada paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención, así como la fórmula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente.			Diligenciamiento del total de las historias clínicas de los pacientes valorados y realización de fórmulas médicas para reposición de insumos gastados durante la atención médica.					
6. Cumplimiento del manual de bioseguridad en el servicio asignado.			Lectura y adherencia de los manuales socializados por la coordinación.					
7. Sensibilización en derechos y deberes en los pacientes; cumplimiento con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades. Disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información de acuerdo al desarrollo de las actividades.			Participó en la socialización de procesos, protocolos, instructivos y demás formatos que la Subred Norte dispone para la atención de pacientes, manejando siempre confidencialidad en el desarrollo de sus actividades (custodia de historia clínica).					
OBSERVACIONES:								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): DIEZ MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MC/TE (10,192,500)								
			Fecha : ____/____/____ Firma de recibido supervisor: FIRMADO ELECTRONICAMENTE					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181944		GUERRERO FERNANDEZ IVAN ORLANDO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	Carera 36 1c 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2024-04	2024-04	629663375	9466983911	I	2024/05/14	2024/05/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$800,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,810,000	\$449,600			\$2,810,000	\$351,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,810,000	\$449,600			\$2,810,000	\$351,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,810,000	\$449,600			\$2,810,000	\$351,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 7181944	GUERRERO IVAN	25-14	30	\$2,810,000	\$449,600	EPS005	30	\$2,810,000	\$351,300		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,810,000	\$449,600			\$2,810,000	\$351,300			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181944		GUERRERO FERNANDEZ IVAN ORLANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carera 36 1c 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-04	2024-04	629663375		9466983911	I	2024/05/14	2024/05/09	BANCO DAVIVIENDA	\$800,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$449,600	\$0	\$0	\$449,600	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$449,600	\$0	\$0	\$449,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$351,300	\$0	\$0	\$351,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$351,300	\$0	\$0	\$351,300	
TOTAL				1	\$800,900	\$0	\$0	\$800,900	