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:	GUERRERO FERNANDEZ IVAN ORLANDO		333497
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	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	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	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	14882	FECHA	03/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	499	FECHA	19/04/2024	NÚMERO DE CRP: 2	25507	FECHA	23/04/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	29142	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	843	FECHA	28/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	37699	FECHA	28/06/2024

OBJETO: NULL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	06	2024		30	06	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:	9,739,500
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	258
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	453,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.91 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

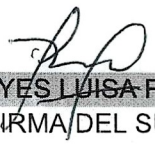
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9468503932	510,000	652,800	5	0	0	1,162,800
	0	0		0	0	

Cubrimiento vacante movil engativa dias 5-11-15-17-25-27-31 de junio

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.

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: 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**	**06**	**2024**	**30**	**6**	**2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: IVÁN ORLANDO GUERRERO FERNÁNDEZ	**DOCUMENTO: 7181944**						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO - TRASLADOS SECUNDARIOS.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): ____100%_____							

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 tos limites 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 et traslado.
5. Diligenciar la historia clínica de acuerdo a ta atención médica de cada paciente y sus otros componentes que hagan parte integral de la atención, ai ;.gual que la formula médica de acuerdo a la atención prestada a cada paciente.	Diligenciamiento del total de las historias clínicas de tos pacientes valorados y realización de fórmulas médicas para reposición de insumos gastados durante la atención medica.
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 clinica).

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): NUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MC/TE (9,739,500)

_____	Fecha : ____/_____/____ Firma de recibido supervisor: FIRMADO ELECTRONICAMENTE

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

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 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	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	699806077	9468503932	I	2024/06/14	2024/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,162,800

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)					$4,080,000	$652,800			$4,080,000	$510,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,080,000	$652,800			$4,080,000	$510,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,080,000	$652,800			$4,080,000	$510,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	7181944	GUERRERO IVAN	25-14	30	$4,080,000	$652,800	EPS005	30	$4,080,000	$510,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$4,080,000	$652,800			$4,080,000	$510,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

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 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	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	699806077	9468503932	I	2024/06/14	2024/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,162,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$652,800	$0	$0	$652,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$652,800	$0	$0	$652,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$510,000	$0	$0	$510,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$510,000	$0	$0	$510,000
TOTAL				**1**	**$1,162,800**	**$0**	**$0**	**$1,162,800**