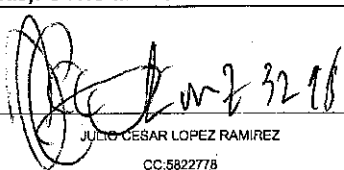
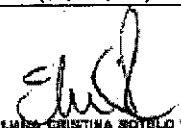


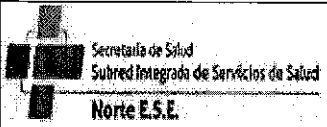
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50-03	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022	

ÁREA Y/O SERVICIO: TRASLADOS SECUNDARIOS				UNIDAD:		SIMON BOLIVAR		
No. DE CONTRATO: 3722-2024		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO			1	11	2024	30	11	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ		DOCUMENTO: 5822778						
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, Auditoría 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): OCHO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE (\$8,833,500)	
 JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ CC: 5822778	 Supervisor: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO Fecha: 30/11/2024

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

	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:		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR		358799	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	5822778		
CORREO	juliocezarlopezr@hotmail.	CELULAR	3017150794		
PROCESO:	Urgencias				
SERVICIO:	Urgencias		UNIDAD:	Engativa	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	A00				
BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS		
NUMERO CUENTA BANCARIA		15369332969			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3722-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 1	21419	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 2	241	FECHA	20/02/2024	NÚMERO DE CRP: 2	18864	FECHA	01/03/2024
NÚMERO DE CDP: 3	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 3	29143	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 4	843	FECHA	28/06/2024	NÚMERO DE CRP: 4	37709	FECHA	28/06/2024
NÚMERO DE CDP: 5	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 5	40333	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 6	45598	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 7	50174	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CDP: 8	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 8	56442	FECHA	31/10/2024
NÚMERO DE CDP: 9	1553	FECHA	21/11/2024	NÚMERO DE CRP: 9	61144	FECHA	30/11/2024

OBJETO: PROFESIONAL MEDICO URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	11	2024		30	11	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

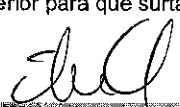
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	101,925,000
VALOR EJECUTADO:	100,566,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	8,833,500
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	234
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,359,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.67 %

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
9477314476	509,700	6,524,000	5	0	0	7,033,700
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR
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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1051121073	9477314476	I	2024/11/21	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	\$1,162,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,077,000	\$652,400			\$4,077,000	\$509,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,077,000	\$652,400			\$4,077,000	\$509,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$4,077,000	\$652,400			\$4,077,000	\$509,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 5822778	LOPEZ JULIO	230301	30	\$4,077,000	\$652,400	EPS005	30	\$4,077,000	\$509,700		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$4,077,000	\$652,400			\$4,077,000	\$509,700			\$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 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1051121073		9477314476	I	2024/11/21	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	\$1,162,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$652,400	\$0	\$0	\$652,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$652,400	\$0	\$0	\$652,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$509,700	\$0	\$0	\$509,700	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$509,700	\$0	\$0	\$509,700	
TOTAL				1	\$1,162,100	\$0	\$0	\$1,162,100	