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:	ALVARADO ROJAS ERICKSON DAVID		401103
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula de Extranjeria	No.	746643
CORREO	erickdalro@gmail.com	CELULAR	3006590470
PROCESO:	Ambulatorios		
SERVICIO:	Ambulatorios	UNIDAD:	Chapinero

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	1370087890		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6389-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	732	FECHA	27/05/2025	NÚMERO DE CRP: 1	33578	FECHA	21/07/2025

OBJETO:	PROFESIONAL MEDICO GENERAL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2025		31	08	2025

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,190,923	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:	4,786,385
VALOR EJECUTADO:	3,293,856
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,676,258
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	93
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	78
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,492,529
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	68.82 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

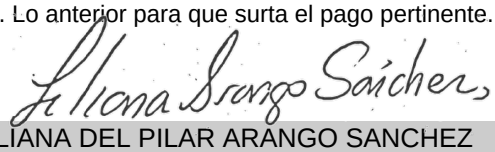
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
88938810	290,700	372,000	3	0	46,500	709,200
89081788	0	0		56,700	0	56,700

Se certifican 78 horas de las 93 horas contratadas mensualmente

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,



LILIANA DEL PILAR ARANGO SANCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



ALVARADO ROJAS ERICKSON DAVID
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
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

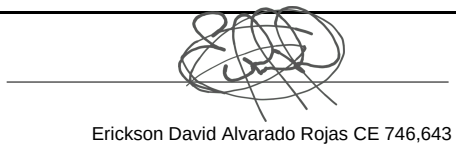
ÁREA Y/O SERVICIO: CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL				**UNIDAD:**		**ALAMOS**		
No. DE CONTRATO: 6389 - 2025	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Liliana Arango Sánchez		**1**	**08**	**25**	**31**	**08**	**25**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Erickson David Alvarado Rojas	**DOCUMENTO:746.643**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL MEDICO AMBULATORIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):								

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.	A través de la consulta médica se da cumplimiento a la normatividad, contribuyendo así a alcanzar los estándares establecidos para el sistema único de acreditación,información, habilitación y demás correspondientes.
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.	Se brindó una atencion integral a cada uno de los pacientes durante su consulta, manteniendo un trato humanizado, sin discrimaciones algunas , copn gestion del riesgo, responsabilidad social, un abordaje holistico.
3. Aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención.	Atencion médica integral, gestion integral del riesgo en salud y derivación a rutas de atención
4.Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención Integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.	Se realizó consulta medica resolutiva en las horas contratadas, se direcciono a los pacientes a rutas integrales de atencion en funcion de grupo de vida y factores de riesgo
5.Realizar consulta de MEDICINA GENERAL AMBULATORIA, resolutiva, de promoción y mantenimiento y prioritaria en el servicio de consulta externa, garantizando la disponibilidad para el cubrimiento de los servicios de acuerdo a la programación realizada	Número de horas contratadas 93 horas, se asistio a capacitaciones, se realizó consulta externa presencial resolutiva. Unidad de Quirigua. Se ejecuntan 18 horas
6.Mantener los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 3 pacientes por hora.	Se realizó atencion opotuna de pacientes asignados según dispnibilidad de agenda, se realizaron consultas extra para cumplir demanda de cupos disponibles
7.Realizar reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.	Se asignaron consultas extra para garantizar agendamiento de cupos disponibles y reponer inasistencias
8.Hacer los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999	Se diligencian historias y registros clinicos acorde a los estandares establecidos por la ley
9.Brindar apoyo en actividades académicas al personal en formación que rota en las Unidad de la Subred, siguiendo el plan de delegación establecido en el plan de prácticas formativas, efectuando supervisión	Sin personal en formación actualmente para brindar apoyo de actividades academicas
10,Brindar el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo,	Se realizo un uso adeucado del moviliario y los equipos medicos suministrados,para la consulta externa. Adicionalmente, se realizo reporte de inconvenientes presentados por los mismos.
11, Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación.	Este mes no hubo comunicado para participación en guías.
12, Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (gulas, manuales, protocolos, instructivos y demás) y adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.	Atención médica orientada acorde a los protocolos intitucionales .
13.Hacer la prescripción en la plataforma MIPRES de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos NO PBS, cuando la patología del paciente así lo requiera	No cuento con MIPRES
14.Participar en la Junta de Profesionales cuando sea convocado, con el fin aportar su concepto técnico, para aprobar o no las prescripciones realizadas y que requieran de dicho procedimiento.	Este mes no se presentó convocatoria
15.Conocimiento de la normatividad que rige la Donación y trasplante de órganos (Acuerdo 419/2009, Decreto 2493/2004, Resolución 1805/2016)	Se cononoce y se difunde la normativa según pertinencia.
16.Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos	No se recibieron quejas este mes
17.Informar los eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud	Se reportaron eventos de notificación en salud pública, según casos establecidos.

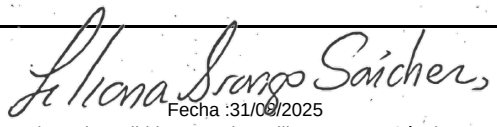
18.Realizar reporte adecuado y oportuno incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).	Reporte de sucesos de seguridad según su presentación utilizando los medios de notificacion dispuestos por la subred norte
19.Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.	Se participó en capacitaciones de fortalecimiento de talento humano
20.Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad	Se realizó consulta médica cumpliendo con atributos de calidad.
21.Desarrollar los procedimientos acordes al perfil, habilitados en la Subred Norte	En el área de consulta externa no se realizan procedimientos.
22.En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realizar las actividades que le sean asignadas.	No hago parte del convenio
23.Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución	Se brinda una atención integral, tranversal y humanizado a cada uno de los pacietnees que asisitieron a consulta médica.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2.676.258) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE



Erickson David Alvarado Rojas CE 746,643



Fecha :31/08/2025

Firma de recibido supervisor:Liliana Arango Sánchez

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	746643	ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS	CARRERA7 A N 3 35	3006590470	ERICKDALRO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88938810	$710.200	

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	290.700	0		0		0	2	400	0	291.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	372.000	0	0	0	0	2	500	0	372.500	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	46.500	2	100	46.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	290.700	291.100
Pensión	1	372.000	372.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	46.500	46.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	709.200	710.200

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
CE	746643	ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS		CARRERA7 A N 3 35	3006590470	ERICKDALRO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

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	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88938810	$710.200	

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	Estornado	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	CE	746643	ALVARADO ROJAS ERICKSON DAVID	3	0			N																	230301	2.325.000	372.000	0	0	0	0	EPS008	2.325.000	290.700		0		0	CCF24	2.325.000	46.500	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	746643	ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS	CARRERA7 A N 3 35	3006590470	ERICKDALRO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
88938810	15/08/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	N	20/08/2025	89081788	$57.000	

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					

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

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	56.700				56.700	7	300	57.000			567	57.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	56.700	57.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	56.700	57.000

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
CE	746643	ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS		CARRERA7 A N 3 35	3006590470	ERICKDALRO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
88938810	15/08/2025	N	20/08/2025	89081788	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07				$57.000	

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	Estornado	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	CE	746643	ALVARADO ROJAS ERICKSON DAVID	59	0			N																	230301	2.325.000	372.000	0	0	0	0	EPS008	2.325.000	290.700	14-11	2.325.000	3	56.700	CCF24	2.325.000	46.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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