

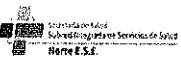
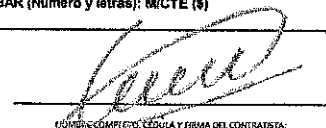
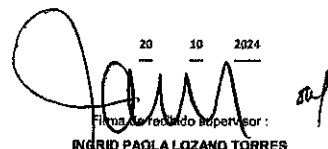
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5			
											PÁGINA: 1 DE 1			
										FECHA: 16/02/2018				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MURILLO LLANOS GABRIEL GILBERTO										351958		
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1018494311				
CORREO		gabrimyll@gmail.com				CELULAR				3508399370				
PROCESO:		Vigilancia en Salud Publica												
SERVICIO:		Vigilancia en Salud Publica				UNIDAD:				Fray				
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		A00												
BANCO		28				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA		488411791376												
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5061-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO								
NÚMERO DE CDP: 1	658	FECHA	27/05/2024		NÚMERO DE CRP: 1	33447	FECHA	11/06/2024						
NÚMERO DE CDP: 2	924	FECHA	23/07/2024		NÚMERO DE CRP: 2	40108	FECHA	30/07/2024						
NÚMERO DE CDP: 3	1063	FECHA	26/08/2024		NÚMERO DE CRP: 3	46566	FECHA	30/08/2024						
NÚMERO DE CDP: 4	1208	FECHA	18/09/2024		NÚMERO DE CRP: 4	51228	FECHA	30/09/2024						
NÚMERO DE CDP: 5	1342	FECHA	15/10/2024		NÚMERO DE CRP: 5	52518	FECHA	15/10/2024						
NÚMERO DE CDP: 6	1394	FECHA	23/10/2024		NÚMERO DE CRP: 6	57305	FECHA	31/10/2024						
OBJETO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO III - MEDICO GAHD												
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO					
			01	10	2024		20	10	2024					
TIPO SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%		0						
VALOR MES		7,018,772				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:								33,669,761						
VALOR EJECUTADO:								33,644,331						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								4,653,751						
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								184						
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								122						
VALOR A LIBERAR:								0						
SALDO POR EJECUTAR:								25,430						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								99.92 %						
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								
809008898	396,800	507,800	3	77,400	0	982,000								
	0	0		0	0									
SE AJUSTA NUMERO DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL 80900898														
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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MURILLO LLANOS GABRIEL GILBERTO
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.				VERSIÓN: 3	
		GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				PÁGINA: 1 DE 1	
						FECHA: 19/05/2022	
ÁREA Y/O SERVICIO:		DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD: Salud Publica-Plo	
No. DE CONTRATO:	5061-2024	PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID PAOLA LOZANO TORRES	1	10	2024	20	10	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GABRIEL GILBERTO MURILLO LLANOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL UNIVERSTARIO III - MEDICO (A) GENERAL - QUINCY	DOCUMENTO:		1018494311			
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %							
OBLIGACIONES ESPECIFICAS				ACTIVIDADES REALIZADAS			
1. Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea				Durante el mes de octubre de 2024 en los 12 turnos del mes se diligencio 12 veces cronograma de actividades de turnos correspondiente desde las 19:00 A 07:00 y se diligencia formato de entrega de turno durante los 12 turnos laborados			
2. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores Institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC				Durante el mes de octubre de 2024 se diligencia formatos de recepcion, asesoria y seguimiento de casos con calidad y completos en un total de 35 casos, el 4 de octubre Reunion mensual de equipo sobre Resolucion 652 de 2016, conceptos tecnicos MSPSY Guia de toma muestras INML Y CF			
3. Diligenciamiento de certificados de defunción				Durante el mes de octubre del 2024 se diligencian 24 certificados de defuncion entre las 24 horas una vez notificado el fallecimiento a GAHD			
4. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión				Durante el mes de octubre del 2024 se realizó el diligenciamiento 20 formatos de historia y examen clinico post mortem con calidad y completitud.			
5. Hacer entrega de las bases generadas por el quipo y formatos fisicos				Se realizó diligenciamiento de formato de historias y examen clinicos post- mortem y formato de recepcion, asesoria y seguimiento a los casos y de las bases de entrega de turnos (1-31/10/2024)			
6. Las actividades podran ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred				Para el mes de octubre se realizaron las siguientes actividades por cronograma: 2/10 Se realiza asesoria de 2 casos con seguimiento de los mismos 4/10 Se realiza verificación de un caso en localidad de Ciudad Bolivar Cl 72 c sur 75 c 09se realiza asesoria de 4 casos con seguimiento de los mismos 8/10 se realiza asesoria de 3 casos con cierre de 1 10/10 se realiza asesoria de 4 casos con cierre de 2 12/10 se realiza asesoria de 5 casos con cierre de 3 14/10 se realiza asesoria de 2 casos hospitalarios con cierre de los mismos 13/10 se realiza asesoria de 1 caso con cierre del mismo 16/10se realizan 4 verificaciones con entrega de certificado en localidades de usme #2, tunjuelito y Engativa, direcciones Cl 96B sur 771- Cl 96B 8 23- Kr 55 J 91A 61 - Cl 54 sur 24 A 30se realiza además 6 asesorías de caso 17/10 Se realizan 4 verificaciones Rafael Uribe, Engativa, Usaquén, Fontibon, direcciones Kr 10 124 77- Dg 48 D sur 5x 11 - Cl 85 95 15 - Kr 77 20 53 se realizan asesorías de 3 casos con cierre de 2 18/10 Se realiza verificación en localidad de fontibon en dirección Cl 16 F 99 72, se realiza asesoria de 3 casos 19/10 se realiza verificación en localidad ciudad Bolivar con entrega de certificado de defunción en dirección Cl 62 d bis sur 71 b 08, se realiza asesoria de 2 casos, 20/10 se realiza asesoria de 5 casos			
7. Realizar disponibilidad de acuerdo a la programacion establecida en VSP con el fin de proporcionar una respuesta oportuna a las investigaciones de campo para contencion de eventos de interes en salud publica con enfasis en eliminacion y erradicacion.				Para el mes de octubre de 2024 no se realiza esta actividad			
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MCTE (\$)		\$ 5.340.370		CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS MCTE.			
 FIRMAR COMPLETO, LEGIBLE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GABRIEL GILBERTO MURILLO LLANOS		CC 1018494311		20 10 2024  FIRMAR APROBADO SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestión del Riesgo en Salud			
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1019434311	GABRIEL GILBERTO MURILLO LLANOS	Cra 69 D no 1-45 sur	3508393370	Gabrmrll@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESARIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESARIO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
				TOTAL A PAGAR		
PERIODO SALUD 2024-09	PERIODO PENSIONES 2024-09	I	08/10/2024	89900896	\$985.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EP-5005	Sanitas EPS	800251440-6	396.800	0	0	0	5	1.500	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								396.800	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP
230201	Protección (INGAP-Protección)	800228739-0	507.800	0	0	0	0	1.900	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								509.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
14-23	Positiva Seguros	66011153-8	77.400	0	0	300	5	77.700	774
								Total a Pagar	No. Afiliados
								77.700	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
0	5	0	0	0
0	5	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRE y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	396.800	396.800	396.800
Pensión	1	507.800	507.800	507.800
Riesgos Laborales	1	77.400	77.700	77.700
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	982.000	985.700	985.700