

Razón Social	LEYSOI PAOLA CORONEL AVILA		
Documento	CC-1065590694	Dirección	CR 48 #150 A - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3022874862
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

Datos del Afiliado										Novedades					Pensiones			Salud		Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total						
Identificación	Apellidos y Nombres			Tipo Cotizante	Sueldo Cotizante	ING	RET P	TOE	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	VAC	INP	Días FFP	Días EPS	Días AFP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CO 106590694	LEYDIS PAOLA CORONEL AVILA			57	00											0.30/30/30/0	(25-14)	COU PENSIONES	\$ 3,185,078	\$ 592,700	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3,185,078	\$ 3,185,078	\$ 388,200	2,436	\$ 3,185,078	\$ 77,660	(MIN-CO) NINGUNA COF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 885,500

IBIC Pensión	IBIC Salud	IBIC Riesgos	IBIC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes (CBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.185,078	\$ 3.185,078	\$ 3.185,078	\$ 0	\$ 509.700	\$ 398.200	\$ 77.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 985.500	\$ 0	\$ 985.500

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO AP-CT-F-50	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN 4 PÁGINA 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024	

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD			UNIDAD:		EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR				
Nº DE CONTRATO: 0477-2024		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES		1		07	2025	31	7	2025	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEYSDI PAOLA CORONEL AVILA		DOCUMENTO: CC. 1065590694							
OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO III-MEDICINA GENERAL									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100									

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia de EBE, rúteo y conglomerado, a los que sean designados acorde a la operación del convenio.	1. Se realizaron (97) valoraciones individuales
2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado familiar o plan de seguimiento.	2. Se construyeron y entregaron a los usuarios un total de (97) planes de cuidado.
3. Realizar la notificación al subistema correspondiente en caso de identificación de eventos de interés en salud pública.	No se ejecutan acciones para este periodo
4. En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.	4. Se efectuaron (97) historias clínicas correspondientes a (97) actividades individuales teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS de la actividad
5. Acciones individuales teniendo como base la resolución 3280 de 2018 Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal para dar respuesta al plan de cuidado en los EBE Hogar; Resolución 2350 del 2020 y de acuerdo a los riesgos individuales y familiares priorizados para el abordaje.	5. Se llevaron a cabo una total de (97) valoraciones integrales.
6. Participar activamente en el proceso de agendamiento de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otro EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería o técnico encargado del proceso con la siguiente información: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora.	6. No se ejecutan acciones para este periodo
7. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva según aplique, estas órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados.	7. Se ordenaron (97) exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva.
8. Valoración integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada y población de riesgo.	8. Se diligenciaron un total de (108) historias clínicas en atención individual dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente.
9. Dar cumplimiento de la gestión documental, como es el diligenciamiento de los formatos, requerimientos y demás formas documentales institucionalizadas en las Subred, que, para el caso de la prestación de servicios de salud, en atención individual es la historia clínica, que en todo caso deberá cumplir con la normatividad vigente.	9. Se efectuaron (97) historias clínicas correspondientes a (108) actividades individuales teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS de la actividad
10. Participar de comités, capacitaciones y todo tipo de espacio que permita el fortalecimiento de capacidades para la buena ejecución de sus actividades para el convenio y la Subred.	10. Se asistió a un total de (3) comités para el fortalecimiento y claridad frente a múltiples aspectos de la práctica médica correspondiente a un total de 24 horas administrativas
11. Facilitar oportunamente, con calidad y veracidad información de sus actividades con fin estadístico de los usuarios atendidos o actividades propias del convenio, para entrega de reportes y bases a nivel central o entes de control en los tiempos establecidos y direccionados por el líder y/o coordinador.	11. No se ejecutan acciones para este periodo
12. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	12. No se ejecutan acciones para este periodo.

De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS.

Para un valor de: \$ 114187

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	8454383
SEIS MILLONES CUATRO CIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 1065590694	Firma de recibido 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

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U								CÓDIGO: AP-CT-F-16-05			
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								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:		CORONEL AVILA LEYSDI PAOLA								\$97224		
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1065590694				
CORREO		null				CELULAR		null				
PROCESO:		EBEH										
SERVICIO:		EBEH				UNIDAD:		Ferias				
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		A00										
BANCO		28				TIPO CUENTA		SIN CUENTA				
NUMERO CUENTA BANCARIA		0										
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				9677-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1673	FECHA	10/12/2024	NÚMERO DE CRP: 1	66321	FECHA	16/12/2024	NÚMERO DE CDP: 2	104	FECHA	10/01/2025	
NÚMERO DE CDP: 3	252	FECHA	31/01/2025	NÚMERO DE CRP: 3	6302	FECHA	31/01/2025	NÚMERO DE CDP: 4	531	FECHA	28/03/2025	
NÚMERO DE CDP: 5	561	FECHA	07/04/2025	NÚMERO DE CRP: 5	20497	FECHA	09/04/2025	NÚMERO DE CDP: 6	792	FECHA	30/05/2025	
NÚMERO DE CDP: 2	104	FECHA	10/01/2025	NÚMERO DE CRP: 2	4546	FECHA	15/01/2025	NÚMERO DE CDP: 3	252	FECHA	31/01/2025	
NÚMERO DE CDP: 4	531	FECHA	28/03/2025	NÚMERO DE CRP: 4	18881	FECHA	31/03/2025	NÚMERO DE CDP: 5	561	FECHA	07/04/2025	
NÚMERO DE CDP: 6	792	FECHA	30/05/2025	NÚMERO DE CRP: 6	29221	FECHA	31/05/2025					
OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO III - MEDICINA GENERAL												
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
					01	07	2025		31	07	2025	
TIPO SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				
VALOR MES				7,245,481				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:						59,426,440						
VALOR EJECUTADO:						33,806,608						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:						6,454,383						
TOTAL HORAS CONTRATADAS:						184						
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:						161						
VALOR A LIBERAR:						0						
SALDO POR EJECUTAR:						25,619,832						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:						56.89 %						
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						
79176552	398,200	509,700	3	77,600	0	985,500						
	0	0		0	0							
En esta certificación se realizó el pago del reajuste a los honorarios dando cumplimiento al Convenio 7124327/2024 EBEH suscrito con el FFDS												
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:

CORONEL AVILA LEYSDI PAOLA
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.