	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:		CASTRO LARA JOHN RAFAEL										161180	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				79053213			
CORREO		johncas2006@gmail.com				CELULAR				3108739697			
PROCESO:		Hospitalización											
SERVICIO:		Hospitalización											
		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		4870191899											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2747-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1	321	FECHA	04/02/2021	NÚMERO DE CRP: 1	15729	FECHA	04/02/2021						
NÚMERO DE CDP: 2	375	FECHA	15/02/2021	NÚMERO DE CRP: 2	20565	FECHA	23/02/2021						
NÚMERO DE CDP: 3	662	FECHA	26/03/2021	NÚMERO DE CRP: 3	24640	FECHA	26/03/2021						
NÚMERO DE CDP: 4	801	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP: 4	28681	FECHA	23/04/2021						
NÚMERO DE CDP: 5	1129	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP: 5	36361	FECHA	27/05/2021						
NÚMERO DE CDP: 6	1397	FECHA	30/06/2021	NÚMERO DE CRP: 6	43729	FECHA	30/06/2021						
NÚMERO DE CDP: 7	1560	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 7	47147	FECHA	23/07/2021						
NÚMERO DE CDP: 8	1720	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 8	51711	FECHA	25/08/2021						
NÚMERO DE CDP: 9	2039	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 9	57281	FECHA	30/09/2021						
NÚMERO DE CDP: 10	2267	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 10	63054	FECHA	27/10/2021						
OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA - ADMINISTRATIVO													
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
				01	10	2021		31	10	2021			
TIPO SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			0						
VALOR MES		14,787,000		VALOR LETRAS									
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:				159,081,560		
VALOR EJECUTADO:				159,081,560		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:				17,490,000		
TOTAL HORAS CONTRATADAS:				220		
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:				220		
VALOR A LIBERAR:				0		
SALDO POR EJECUTAR:				0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:				100.00 %		
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
7814374760	1,200,000	1,632,000	3	233,900	57,600	3,123,500

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

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Octubre 2021

MOLANO SILVA ELIANA MARIA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



CASTRO LARA JOHN RAFAEL

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.

	0	0	0	0
UMHES SIMON BOLIVAR				
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,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Octubre 2021

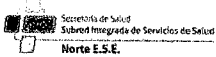
MOLANO SILVA ELIANA MARIA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTRO LARA JOHN RAFAEL

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.

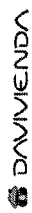
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50-02					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 2					
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1					
				FECHA: 30/10/2018				
ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN				UNIDAD:		SIMÓN BOLÍVAR		
No. DE CONTRATO: (2747) - 2021		Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: CC 79,053,213 BTÁ			1	10	2021	31	10	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOHN RAFAEL CASTRO LARA								
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como «referente de medicina interna» 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.								
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐								
ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS					
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.	100%	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.	Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE					
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.	100%	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.	Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.					
3) Realizar proyección de turnos para verificación y aprobación por el supervisor del contrato, establecer cronograma de capacitación en todas las UMHS	100%	Realizar proyección de turnos para verificación y aprobación por el supervisor del contrato	SE REALIZA LA PROYECCION DE TURNOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA LA APROBACION POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
4) Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	100%	Presentar los informes de estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	SE ENTREGÓ EL INFORME DE PRODUCCION DEL MES DE SEPTIEMBRE TENIENDO EN CUENTA LOS INDICADORES ESTABLECIDOS POR LA DIRECCION					
5) Realizar la notificación de novedades al supervisor del contrato o a quien este delegue de manera oportuna para el proceso de certificación de cumplimiento de actividades y / o requerimiento de personal faltante, con los respectivos soportes.	100%	Realizar la notificación de novedades al supervisor del contrato o a quien este delegue de manera oportuna para el proceso de certificación de cumplimiento de actividades y / o requerimiento de personal faltante, con los respectivos soportes.	ENTREGUE LA NOTIFICACION DE NOVEDADES DEL PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA LA CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES					
6) Realizar seguimiento a la Matriz de Acreditación; Habilitación; PAMEC; COVE; POA; Mapa de Riesgos Documentar los procesos, instructivos y protocolos de enfermería de acuerdo a normatividad vigente.	100%	Realizar seguimiento a la Matriz de Acreditación; Habilitación; PAMEC; COVE; POA; Mapa de Riesgos Documentar los procesos, instructivos y protocolos del servicio a cargo de acuerdo a normatividad vigente.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE ACREDITACION, HABILITACION, COVE Y POA INSTITUCIONAL, SE ENTREGA INFORME A LA DIRECCION Y ACTAS CON EL PERSONAL ASISTENCIAL					
7) Realizar seguimiento en los servicios con rondas y envió de censo diario; alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	100%	Realizar seguimiento en los servicios con rondas y envió de censo diario; alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SE REALIZAN RONDAS DIARIAS POR LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, ADEMAS SE ENVIA EL CENSO DIARIO PARA ALIMENTAR LOS SISTEMAS DE INFORMACION					
8) Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	100%	Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	SE CUMPLIO CON DOS CAPACITACIONES VIRTUALES CONVOCADAS POR LA SUBRED NORTE					
9) Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.	100%	Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.	PARTICIPÉ EN EL PROCESO DE HABILITACION Y ACREDITACION EN SALUD DE LA SUBRED NORTE					
TOTAL, DE EJECUCIÓN:		100%						
OBSERVACIONES:								
TOTAL, A PAGAR: (17,490,000) (DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE)								
 JOHN RAFAEL CASTRO LARA CC 79,053,213 BTÁ			Fecha: 31 / 10 / 2021 Firma de recibido supervisor: DRA ELIANA MARIA MOLANO					

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

2747

Fa

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: APORTANTE CONCEPTO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CEDULA DE CIUDADANIA: COTA DE CIUDADANIA: DEPARTAMENTO: PALO DE AGUA BURBULIA VUQUE COLENTE 02 INDEPENDIENTE PRIVADA UNICO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA: NÚMERO PLANILLA: 7814374760 TIPO DE PLANILLA: 7814374760 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2021 MES: septiembre AÑO: 2021 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2021/10/19		INDEPENDIENTES 2021 11/05/8657	
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	--

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR	COTIZANTES	VALOR
25-14	COLPENSIONES	1	\$ 1.538.000	1	\$ 1.538.000
SUBTOTAL:			\$ 1.538.000		\$ 1.538.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL APORTES A SALUD	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CODIGO	NOMBRE	COTIZANTES	VALOR
14-25	COLMEIA	1	\$ 1.200.000
SUBTOTAL:			\$ 1.200.000