

		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		RIOS CAMACHO JHONN FREDY		258336	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80030294		
CORREO:	jriosc@unal.edu.co	CELULAR:	3224362739		
PROCESO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA				
SERVICIO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN		UNIDAD:	Fray	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	A00				
BANCO	28		TIPO CUENTA	SIN CUENTA	
NUMERO CUENTA BANCARIA	p				
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3287-2023		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	
NUMERO DE CDP: 1	677	FECHA	13/03/2023	NUMERO DE CRP: 1	18146
		FECHA	29/03/2023		
OBJETO: MEDICO GENERAL					
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO
			01	04	2023
		HASTA	30	04	2023
TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0		
VALOR MES	6,633,936 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:			8,624,117		
VALOR EJECUTADO:			7,168,930		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:			7,168,930		
TOTAL HORAS CONTRATADAS:			186		
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:			201		
VALOR A LIBERAR:			0		
SALDO POR EJECUTAR:			1,455,187		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:			83.13 %		
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
3287042023	0	0	3	0	0
	0	0	0	0	0
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,


SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


RIOS CAMACHO JHONN FREDY
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se evalúa que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

		INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-30-03	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 3		PÁGINA: 1 DE 1	
FECHA: 19/05/2023					
ÁREA VIO SERVICIO:		Equipos de Atención en Casa y relevo		UNIDAD: SALUD PÚBLICA FERIAS	
Nº. DE CONTRATO:		3287/2023		PERIODO CERTIFICADO	
HOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		PERIODO CERTIFICADO	
HOMBRE DEL CONTRATISTA:		Jhon Freddy Rios Camacho		DOCUMENTO:	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MÉDICO (A) 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		FECHA: 19/05/2023	
TOTAL DE EJECUCIÓN (%) :		100%		30/04/2023	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS		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.		Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y módulos con temas de calidad			
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, Transmisión cultural, Gestión clínica, excelencia y seguridad, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.					
1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, rueyo y conglomerado. 2. Construir conjuntamente con el usuario el plan de cuidado. 3. Realizar la notificación al subistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la base de datos de atención en salud definida por la secretaría Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia. 4. Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutivez de los profesionales en campo. 5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: sexo 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. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la teleconsulta con el especialista, estos órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada. 7. Valoración integral.		1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, rueyo y conglomerado. 2. Construir conjuntamente con el usuario el plan de cuidado. 3. Realizar la notificación al subistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la base de datos de atención en salud definida por la secretaría Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia. 4. Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutivez de los profesionales en campo. 5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: sexo 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. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la teleconsulta con el especialista, estos órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada. 7. Valoración integral.			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MCTE (\$)		\$7.168.330			
SIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS					
HOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		Fecha: 19/04/2023			
Jhon Freddy Rios Camacho		Firma de retido superior:			
CC		80030294			
Nota: Este Informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.					