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:	GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO		150088
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1024505805
CORREO	farocigo17@gmail.com	CELULAR	3024655368
PROCESO:	VACUNACION COVID		
SERVICIO:	VACUNACION COVID	UNIDAD:	Ferias

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	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8584-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1406	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44944	FECHA	15/07/2021

OBJETO:	DIGITADOR (A)								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		15	07	2021		31	07	2021	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	1,674,263	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:	1,674,263
VALOR EJECUTADO:	1,674,186
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,674,186
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	77
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
51256068	113,600	145,400	3	22,200	18,200	299,400
	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,

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO
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 U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

AREÁ Y/O SERVICIO:		**VACUNACION COVID**				**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**	
No. DE CONTRATO:		**8584 - 2021**	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:		**1.024.505.805**		**15**	**07**	**2021**	**31**	**07**	**2021**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO

OBJETO DEL CONTRATO: DIGITADOR (A)

El resultado del cumplimiento del contrato es: **Productos :** SI ___X__ 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, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 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. 3-Digitación en los aplicativos, sistemas de información, DRIVE o herramientas de control y/u ofimática, del Proceso. 4- Revisar, clasificar y controlar los documentos relacionados con la competencia del área y velar por la organización del archivo. 5- Garantizar la captura, ingreso de los datos y custodia de la información, en los tiempos establecidos por la dinámica de los aplicativos o sistemas de información definidos para tal fin. 6- Mantener actualizados los aplicativos dispuestos por la subred Norte 7- Brindar la información necesaria del área de trabajo , a través telefónica o presencial a los usuarios que lo requieran 8- Cruce de base de datos de los diferentes sistemas de información para el reporte de los indicadores del Proceso. 9- Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias de cada línea de trabajo, del Proceso con las características de calidad y pertinencia técnica esperados. 10- Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred norte.	100%	**• Utilizar las medidas y elementos de protección personal.** **• Realizar el alistamiento del carné y verificar los elementos para el funcionamiento del sistema de información nominal PAIWEB y PAI DISTRITAL.** **• Ingresar diariamente al PAIWEB y PAI DISTRITAL la información del 100 % de los vacunados, según la estrategia utilizada.** **• Entregar del balance diario de las personas vacunadas separandolos por fase, etapa y población priorizada, entre otras.** **• Entregar el carné de vacunación ratificando la fecha de la cita para la aplicación de la segunda dosis.**	**•Verificacion y registro en pai distrital y pai web, diligenciamiento de formatos (Consentimientos informados)** **•Registro y actualización en los diferentes aplicativos y carnets diligenciados**
TOTAL DE EJECUCIÒN:	**100%**		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) **$ 1.674.186,00**

UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y SEIS PESOS

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO

CC. 1.024.505.805

31/07/2021

Firma del supervisor:

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

Nota: Este informe de actividades para su 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
CC	1024505805	FANIA ROCIO GOMEZ GOMEZ	calle 66 a n 71 c 35	7787759	farocigo17@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-06	2021-06	I	19/07/2021	51256068	TOTAL A PAGAR	
					$299.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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