Periodo: Octubre 2021

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

Nro. Contrato	Tipo Documen	Documento	Contratista	Cargo	Centro Costos	Dias	Hora1	Hora2	Event o1	Event o2	Valor Certificado	Saldo	Factura	Orden Pago
8573-2021	Cedula	36294194	LOPEZ VELA MAGNOLIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8574-2021	Cedula	1020820221	SUAREZ PINTO JHON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8575-2021	Cedula	1023040471	NIETO RINCON CLAUDIA NATHALY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8576-2021	Cedula	1020765171	HENRIQUEZ BUESAQUILLO EDWIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		180	0			2,160,360	72,012		SI
8577-2021	Cedula	20351866	ORDOÑEZ BERNAL LUZ MARINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8578-2021	Cedula	52206573	ROMERO MONTAÑA HASBLEIDY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8580-2021	Cedula	1001297067	RAMOS GARAY KAREN TATIANA	TECNICO EN SISTEMAS	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8582-2021	Cedula	1019087080	MARTINEZ ARIZA BRAN SEBASTIAN	DIGITADOR (A)	A00		153	0			1,377,153	297,033		SI
8583-2021	Cedula	52782517	BALLESTEROS MARTINEZ SANDRA	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8584-2021	Cedula	1024505805	GOMEZ GOMEZ FANIA	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8585-2021	Cedula	1033809307	OME MUÑOZ FAIBER	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8586-2021	Cedula	1016045761	BARRERA MARTINEZ HENRY ALFONSO	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8587-2021	Cedula	1000713893	SUAREZ PEÑA ANDRES	DIGITADOR (A)	A00		162	0			1,458,162	216,024		SI
8589-2021	Cedula	1022988840	OSORIO ARIAS PAULA ANDREA	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8591-2021	Cedula	1019076800	RINCON BASTOS CRISTY PAOLA	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8592-2021	Cedula	1003634882	MATALLANA LEAL NICOLE VANESSA	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8594-2021	Cedula	1013582481	PINZON CAJICA ANDRES DAVID	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI
8595-2021	Cedula	1000974118	MORALES CRUZ BRYAN	DIGITADOR (A)	A00		186	0			1,674,186	0		SI

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
03/11/2021 11.33.54

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		164998
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
NÚMERO DE CDP: 2	1721	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50400	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2040	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 3	58522	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2268	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60604	FECHA	27/10/2021

OBJETO:	DIGITADOR (A)								
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	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:	6,696,744
VALOR EJECUTADO:	6,696,744
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:	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
53324232	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,

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

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA	GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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:		**VACUNACIÓN COVID**			**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**		
No. DE CONTRATO:		**8584 - 2021**	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:		1.024.505.805		**1**	**10**	**2021**	**31**	**10**	**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 ELEMNTOS DE PROTECCION PERSONAL.REALIZAR EL ALISTAMIENTO DEL CARNÉ Y VERIFICAR LOS ELEMENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION NOMINAL PAIWEB Y PAI DISTRITAL.INGRESAR DIARIAMENTE AL PAIWEB Y PAI DISTRITAL LA INFORMACIÓN DEL 100% DE LOS VACUNADOS, SEGUN LA ESTRATEGIA UTILIZADA. ENTREGAR 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 SEGUNDA DOSIS, VALIDANDO EN DIFERENTES APLICATIVOS PARA CONFIRMAR LA DOCUMENTACIÓN DEL USUARIO.**	**VERIFICACIÓN Y REGISTRO EN PAI DISTRITAL Y PAIWEB, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS(CONSENTIMEINTO INFORMADO). REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN EN LOS DIFERENTES APLICATIVOS (PAIWEB, BASE SIS 150).**
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

Fania Gomez

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO

CC. 1.024.505.805

31/10/2021

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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	13/09/2021	52620753	$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

PAGADA

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

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	13/09/2021	52620753	$299.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024505805	GOMEZ GOMEZ FANIA ROCIO	59	0			N																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS037	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF24	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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