| 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 |
|---|---|---|
| | 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: | QUEVEDO GUTIERREZ LINA MARCELA | | 170579 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1121841928 |
| CORREO | lmquevedo24@gmail.com | CELULAR | 3125753362 |
| PROCESO: | Programas y AISP | | |
| SERVICIO: | Programas y AISP | 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: | 9056-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1872 | FECHA | 13/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 55887 | FECHA | 15/09/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 2265 | FECHA | 27/10/2021 | NÚMERO DE CRP: 2 | 62273 | FECHA | 27/10/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 2449 | FECHA | 22/11/2021 | NÚMERO DE CRP: 3 | 66802 | FECHA | 22/11/2021 |

OBJETO: EPIDEMIOLOGO (A)

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 11 | 2021 | | 30 | 11 | 2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Administrativo | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 4,743,767 | 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: | 15,659,456 |
| VALOR EJECUTADO: | 10,915,712 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 4,743,744 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 4,743,744 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 69.71 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 54605824 | 237,200 | 303,600 | 3 | 46,300 | 0 | 587,100 |
| | 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 Noviembre 2021

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lina Marcela Quevedo G.

QUEVEDO GUTIERREZ LINA MARCELA

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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | VERSIÓN: 2 |
| | | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 30/10/2018 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | | UNIDAD: | | Salud Publica-Pic | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 9056 DE 2021 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | |
| DOCUMENTO: 1121841928 | | 1 | 11 | 2021 | 30 | 11 | 2021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ | | | | | | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV 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, conforme a lo previsto en el Convenio PSPIC vigente.**

**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. | 5% | Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. | Soportes de preauditoria (actas, listados de reuniones) |
| 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. | 5% | Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio. | Asistencia a las reuniones de grupo (Listado de Reuniones) |
| 3. Realizar la revision de calidad de las IEC | 90% | Realizacion de 141 Investigacion de Campo individuales para COVID19 de las cuales se realizo intervención de 12 brotes con sus respectivos seguimientos y cierres de casos, 16 investigaciones de campo fallidas | Ingreso de investigaciones al formulario de efectiva y fallidas, envio de carpetas de brotes intervenidos. |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN:** | 100% | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 4,743,744 Cuatro millones setecientos cuarenta y tres mil setecientos cuarenta y cuatro pesos M/CTE**

Lina Marcela Quevedo G

LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ
C.C. : 1121841928

Fecha 30/11/2021

Firma de recibido supervisor:

DRA. JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ
DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

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

9056

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 | 1121841928 | LINA MARCELA QUEVEDO GUTIERREZ | Carrera 17 B # 175 -91 Torre 3 apto 403 | 3125753362 | lmquevedo24@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 |
| 2021-10 | 2021-10 | I | 09/11/2021 | 54605824 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $587.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 237.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 237.200 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 303.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 303.600 | 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 | 46.300 | | | | 46.300 | 0 | 0 | 46.300 | | | 463 | 46.300 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 237.200 | 237.200 |
| Pensión | 1 | 303.600 | 303.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 46.300 | 46.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 587.100 | 587.100 |

PAGADA

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