| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO:** | | **Equipos de Atencion en Casa** | | | | **UNIDAD:** | | **SALUD PUBLICA FERIAS** | |
| **No. DE CONTRATO:** | | **543-2022** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | **SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ** | | **01/08/2022** | | | **16/08/2022** | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | | **Fernandez Contreras Carlos Andres** | **DOCUMENTO:** | **1067902554** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | | **Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como GEOGRAFO (A) ESPECIALIZADO (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** | | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): _____** | | **52%** | | | | | | | |

| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **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, 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. | |
| 1. Aportar al cumplimiento de las metas acordadas<br>2. Realizar la planificación, recopilación y generación de la información geográfica con calidad y oportunidad como insumo para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la operación de los Equipos Territoriales con la finalidad de facilitar el trabajo en campo.<br>2. Realizar acompañamiento en campo a los equipos territoriales para resolver dudas sobre ubicación y nomenclatura vial.<br>3. Generar, asignar y recopilar los insumos cartográficos para el operativo.<br>4. Reportar las novedades cartográficas evidenciadas en campo, para la respectiva actualización de la base de datos geográfica establecida para el Modelo de Salud Territorial basada en APS.<br>5. Realizar el seguimiento, control y calidad de la información generada por los Equipos Territoriales en campo a partir de los formatos establecidos por la SDS.<br>6. Administrar y consolidar la base de datos geográfica.<br>7. Realizar y apoyar la elaboración de informes, reportes y demás documentos requeridos, así como también asistir a las reuniones convocadas por la SDS.<br>8. Reportar las incidencias en el avance de la operación.<br>9. Asignar cargas de trabajo para los Equipos Territoriales.<br>10. Realizar mapas generales en diversos formatos (PDF, Shp, Jpg, MXD).<br>11. Reportar puntual y diariamente su gestión al profesional que corresponda.<br>12. Velar por la veracidad de la información recogida, la oportunidad y el registro de cada atención.<br>13. Generar los reportes, informes y consolidación de bases y/o herramientas ofimáticas definidas para el proceso que desarrolla.<br>14. Aportar a los procesos de gestión documental, de acuerdo a las características técnicas definidas por la Subred.<br>□ | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES:** | |
| **TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)** | **$2,503,296** |
| | **DOS MILLONES QUINIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS** |

| | |
|---|---|
| _____<br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: | Fecha : 31/08/2022<br>Firma de recibido supervisor:_____ |
| Fernandez Contreras Carlos Andres | |
| CC 1067902554 | |

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

Periodo: Agosto 2022

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0530-2022 | Cedula | 1032415724 | DIEGO VARGAS CLAROS CARLOS ANDRES | MEDICO | A00 | | 96 | 0 | | | 3,257,856 | 339,360 | | SI |
| 0531-2022 | Cedula | 1020809591 | MEDINA BRAVO ANGIE MARCELA | MEDICO | A00 | | 96 | 0 | | | 3,257,856 | 339,360 | | SI |
| 0532-2022 | Cedula | 15683901 | MUENTES LOPEZ JAVIER DARIO | MEDICO | A00 | | 96 | 0 | | | 3,257,856 | 339,360 | | SI |
| 0533-2022 | Cedula | 1018416120 | MARTINEZ MELENDEZ ALAN ANDRES FELIPE | MEDICO | A00 | | 96 | 0 | | | 3,257,856 | 339,360 | | SI |
| 0534-2022 | Cedula | 1063169192 | GIRALDO MARTINEZ STEFANY CECILIA | MEDICO | A00 | | 96 | 0 | | | 3,257,856 | 339,360 | | SI |
| 0535-2022 | Cedula | 52808022 | GARCIA BOHARQUEZ MONICA PATRICIA | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | A00 | | 186 | 0 | | | 6,035,787 | 1 | | SI |
| 0542-2022 | Cedula | 1022360076 | PERALTA CAMILO ALONSO | PROFESIOANL ESPECIALIZADO - GEOGRAFO | A00 | | 96 | 0 | | | 2,503,296 | 0 | | SI |
| 0543-2022 | Cedula | 1067902554 | FERNANDEZ CONTRERAS CARLOS | PROFESIOANL ESPECIALIZADO - GEOGRAFO | A00 | | 96 | 0 | | | 2,503,296 | 0 | | SI |
| 0544-2022 | Cedula | 1020725943 | ROMERO SOLER MARIA FERNANDA | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | A00 | | 96 | 0 | | | 2,503,296 | 0 | | SI |
| 0558-2022 | Cedula | 1143459243 | LOPEZ MOZO LAURA VANESSA | PROFESIONA UNIVERSITARIO II - ENFERMERO (A) | A00 | | 186 | 0 | | | 3,627,744 | 0 | | SI |
| 0567-2022 | Cedula | 1016079615 | BELTRAN MEDINA DIANA MARCELA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO I - ENFERMERO (A) | A00 | | 186 | 0 | | | 4,185,744 | 0 | | SI |
| 0568-2022 | Cedula | 1073252236 | FERIA LAVERDE JULIETH ESTEFANIA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - INGENIERA (O) DE SISTEMAS | A00 | | 186 | 0 | | | 3,627,744 | 0 | | SI |
| 0582-2022 | Cedula | 1015474607 | BELLO MORALES YENI | ENFERMERO (A) | A00 | | 96 | 0 | | | 1,872,384 | 0 | | SI |

SANDRA MARIA BOCAREJO
51852543
Supervisor
26/08/2022 10.03.39

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 | 1067902554 | CARLOS ANDRES FERNANDEZ CONTRERAS | CARRERA 87 # 87 45 | 3002069730 | caanfeco91@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 |
| 61203180 | 22/08/2022 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-07 | 2022-07 | N | 23/08/2022 | 61249573 | $607.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 243.000 | 0 | | 0 | | 0 | 12 | 2.500 | 0 | 245.500 | 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 | 311.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 3.200 | 0 | 314.200 | 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 | 47.300 | | | | 47.300 | 12 | 500 | 47.800 | | | 473 | 47.800 | 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 | 243.000 | 245.500 |
| Pensión | 1 | 311.000 | 314.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 47.300 | 47.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 601.300 | 607.500 |

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 |
| CC | 1067902554 | CARLOS ANDRES FERNANDEZ CONTRERAS | | CARRERA 87 # 87 45 | 3002069730 | caanfeco91@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 |
| 61203180 | 22/08/2022 | N | 23/08/2022 | 61249573 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-07 | 2022-07 | | | | $607.500 | |

## 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 | 1067902554 | FERNANDEZ CONTRERAS CARLOS ANDRES | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 3.440.000 | 550.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 3.440.000 | 430.000 | 14-11 | 3.440.000 | 3 | 83.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

| 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: | FERNANDEZ CONTRERAS CARLOS ANDRES | | 218358 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1067902554 |
| CORREO | caanfeco91@gmail.com | CELULAR | 3002069730 |
| PROCESO: | Convenio Enterritorio | | |
| SERVICIO: | Convenio Enterritorio | 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: | 0543-2022 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 169 | FECHA | 20/01/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 8982 | FECHA | 31/01/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1183 | FECHA | 25/04/2022 | NÚMERO DE CRP: 2 | 16254 | FECHA | 25/04/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 1328 | FECHA | 18/05/2022 | NÚMERO DE CRP: 3 | 16909 | FECHA | 18/05/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1423 | FECHA | 26/05/2022 | NÚMERO DE CRP: 4 | 22094 | FECHA | 03/06/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1865 | FECHA | 11/07/2022 | NÚMERO DE CRP: 5 | 31203 | FECHA | 12/07/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 2082 | FECHA | 16/08/2022 | NÚMERO DE CRP: 6 | 32805 | FECHA | 16/08/2022 |

OBJETO: GEOGRAFO ESPECIALIZADO

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 08 | 2022 | | 16 | 08 | 2022 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 4,850,136 | 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: | 32,568,924 |
| VALOR EJECUTADO: | 32,568,924 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,503,296 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 96 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 61249573 | 243,000 | 311,000 | 3 | 47,300 | 0 | 601,300 |
| | 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 Agosto 2022

| SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ | FERNANDEZ CONTRERAS CARLOS ANDRES |
|---|---|
| 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.