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:	BORDA RUBIANO KAREN BIBIANA		217841
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1015466271
CORREO	bibiana_r@hotmail.com	CELULAR	3057128740
PROCESO:	Vigilancia Sanitaria y Salud Ambiental		
SERVICIO:	Vigilancia Sanitaria y Salud	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24085853061		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7096-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44524	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50347	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65568	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69593	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	4171	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16376	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	20028	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24375	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26224	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	28476	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	34821	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	34820	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN SANEAMIENTO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	32,237,781
VALOR EJECUTADO:	32,237,780
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C 1015466271
BORDA RUBIANO KAREN BIBIANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
4455615187	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C 1015466271
BORDA RUBIANO KAREN BIBIANA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GT-F-80-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 19/06/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO					UNIDAD:			SALUD PÚBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 7096-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN BIBIANA BORDA RUBIANO	DOCUMENTO: 1015466271							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico ambiental en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 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 (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuidate sé feliz, Identificación e información y comunicación en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero, suba, engativa, barrios unidos y teusaquillo.	Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuídate sé feliz donde se identifica e informa y comunica en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero, suba, engativa, barrios unidos y teusaquillo.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2.299.415)

31/8/2022
Firma del supervisor.
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

KAREN BIBIANA BORDA RUBIANO CC 1015466271

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015466271
NOMBRE O RAZON SOCIAL			KARON BIBIANA BORDA RUBIANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CRA 21 71 39	TELÉFONO:	5861514
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	1-DEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edicion.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		NO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			44556615187	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN APORTES	MES	julio AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES julio AÑO 2022
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)			2022-08-11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	99910473793

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24.400	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400
SUBTOTALES:									$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																								PENSIÓN							SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	TRABAJA EN ALTURAS	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1015466271	KAROON BIBIANA BORDA RUBIANO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIONES		$ 1.000.000			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 24.400	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 309.400

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:	GIL GAVIRIA LUZ ORFENIS		217910
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1039683358
CORREO	orfenis02@gmail.com	CELULAR	3137317113
PROCESO:	Vigilancia Sanitaria y Salud Ambiental		
SERVICIO:	Vigilancia Sanitaria y Salud	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	9100757906		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7117-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44552	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50391	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66742	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4185	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	19972	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24343	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26200	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	28421	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	34739	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	34732	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,299,415	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	31,049,583
VALOR EJECUTADO:	31,049,582
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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
61001958	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Orfenis Gil 1039683358
GIL GAVIRIA LUZ ORFENIS
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GIL GAVIRIA LUZ ORFENIS
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS		
No. DE CONTRATO: 7117-2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ORFENIS GIL GAVIRIA	DOCUMENTO: 1039683358						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO auxiliar en enfermería en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoría realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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 entorno.
3. Participar en actividades de I.E.C. Información, Educación y Comunicación, fortalecimiento y construcción de redes sociales y comunitarias.	I.E.C. Información, Educación y Comunicación, fortalecimiento y consrucción de redes sociales y comunitarias
4. Asesorias individuales: Se enfocan la identificación de riesgos individuales en salud mental, recorridos en calle, prevención de eventos o trastornos mentales, salud sexual y reproductiva y fortalecimiento de redes de apoyo en el entorno familiar, social y comunitario entre otros temas.	Asesorías psicosociales, recorridos en calle y actividades de ruta
5.Realizar evaluación y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes como la estrategia del tablero de cobertura, indicadores entre otras

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($2.299.415) DOS MILLONES NOVESIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS MCTE.

Fecha: 31/08/2022

Luz Orfenis Gil

LUZ ORFENIS GIL
CC: 1039683358

Supervisor

Firma de recibido

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1020683358	LUZ ORFENIS GIL CAVIRIA	calle 131 158 21	3137317113	orfenis02@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	61001858	$329.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	0	0	20.000	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10396e0368	LUZ ORFENIS GIL GAVIRIA	calle 131 15E 21	3133317113	orfenis02@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, 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	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	81001958	$329.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Actúa en el exterior	Colombiano en el exterior	Cotización sustitutiva	VSP	IGE	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	SUSPENSIÓN	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Valor sin Ajuste o Ajustado	Valor sin Ajuste	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1[illegible]384	GIL GAVIRIA LUZ ORFENIS	AP	N		N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS002	1.000.000	125.000	14-11	7.000.000	3	24.400	CCF14	1.000.000	20.000	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:	PAEZ HERNANDEZ HELEN KATERINE			217575
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014196059	
CORREO	helien13_88@hotmail.com	CELULAR	3204547282	
PROCESO:	Vigilancia Sanitaria y Salud Ambiental			
SERVICIO:	Vigilancia Sanitaria y Salud	UNIDAD:	Salud Publica - PIC	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	452900110589		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7153-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44599	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50477	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	67984	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4210	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	19556	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24253	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26154	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	28358	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	34600	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	34598	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN SANEAMIENTO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	29,513,327
VALOR EJECUTADO:	29,513,326
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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
8360346833	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAEZ HERNANDEZ HELEN KATERINE
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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PUBLICO				UNIDAD:		SALUD PÚBLICA-FERIAS		
No. DE CONTRATO: 7153-2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HELEN KATERINE PAEZ HERNANDEZ	DOCUMENTO: 1014196059							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como tecnica ambiental en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.23 jornadas en las localidades de: Suba, Chapinero, Barrios Unidos, Engativá, Usaquén y Teusaquillo. Educacion en IBOCA , IUV ,correctos habitos de vida saludable .	23 jornadas en las localidades de: Suba, Chapinero, Barrios Unidos, Engativá, Usaquén y Teusaquillo. Educacion en iboca iuv y correctos habitos de vida saludable .

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,209,415 DOS MILLONES DOCIENTOS NOVENTAY NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

HELEN KATERINE PAEZ HERNANDEZ NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1014196059	Fecha: 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **HELEN KATERINE PAEZ HERNANDEZ**, identificada con **CC** número **1014196059**, aportó por el empleado **HELEN KATERINE PAEZ HERNANDEZ** identificado(a) con **CC** número **1014196059** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 07 - 2022 de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	NOVEDAD ING	NOVEDAD RET	NOVEDAD VSP	NOVEDAD SLN	NOVEDAD IGE	NOVEDAD LMA	NOVEDAD VAC	NOVEDAD AVP	NOVEDAD VCT	NOVEDAD IRP	NOVEDAD VST	NOVEDAD SUS	DÍAS COTIZADOS	DÍAS MORA	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	CORRECCIÓN
14-11	ARL SURA	59													0	30	$1,000,000	0.02436	$24,400	$0	$0	Julio - 2022	8360346833	10/08/2022	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafar Colsubsidio	59													0	30	$1,000,000	0.12500	$125,000	$0	$0	Julio - 2022	8360346833	10/08/2022	NO
230301	Porvenir	59													0	30	$1,000,000	0.16000	$160,000	$0	$0	Julio - 2022	8360346833	10/08/2022	NO

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Octubre** de **2022**

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:	ARTEAGA MELO ERIKA MARIA		217352
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	39786129
CORREO	erikartme@gmail.com	CELULAR	3163585291
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	18	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	51701260701		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7253-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44768	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50660	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65312	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4276	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	19250	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24133	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25992	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	28161	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	34347	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	34346	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,827,669
VALOR EJECUTADO:	50,827,669
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
7844847116	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

39786129
ARTEAGA MELO ERIKA MARIA
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.

	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ARTEAGA MELO ERIKA MARIA

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 Distrital 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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					UNIDAD:		CASA SALUD PUBLCA SUBA
No. DE CONTRATO: 7253 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ERIKA MARIA ARTEAGA MELO	DOCUMENTO: 39786129						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ENFERMERO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución, conforme a lo previsto en el convenio PSPIC vigente.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____100_____

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. 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.	Se ejecutan acciones en el entorno cuidador comunitario MAPS, con 86 asesorias pretest y post test para pruebas rapidas presuntivas para VIH, Sifilis, Hepatitis B, 64 asesorias en salud sexual y reproductiva, 64 tamizajes de escala de Findrisc y 4 encuentros comunitarios.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):($) 3.736.514 - TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/cte.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ERIKA MARIA ARTEAGA MELO CC- 39786129	Fecha : 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: ORA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ Directora de Gestion del Riesgo en Salud

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 39786129

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	ERIKA MARIA ARTEAGA MELO		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	39786129
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CLL 188 # 55 A 62 IN 12	Teléfono	6017613
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7844847116**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	julio / 2022	Periodo Cotización Salud	julio / 2022
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2022/08/08
Número Autorización	1592443235		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	ERIKA MARIA	Apellidos	ARTEAGA MELO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	39786129
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 1.451.098	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							01-30									

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN

Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.494.606
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 239.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 239.200**

SALUD

Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.494.606
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 186.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 186.900**

RIESGOS PROFESIONALES

Dias	30	Administradora	14-11 - ARL SURA
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.494.606
Centro de Trabajo	39786129	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 36.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 462.600**

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:	GARZON GONZALEZ RAQUEL				217430
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52735608		
CORREO	raquelgarzon.	CELULAR	3154834373		
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica				
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC		

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	452900088603		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7413-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45249	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51350	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66725	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4386	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16424	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	19020	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23777	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25719	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	28002	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	34026	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	34026	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	31,313,627
VALOR EJECUTADO:	31,313,626
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

raquel garzon g cc 52735608
GARZON GONZALEZ RAQUEL
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.

1047371357	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

raquel garzon g cc52735 60 2
GARZON GONZALEZ RAQUEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50.03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA- FERIAS
No. DE CONTRATO 7413	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAQUEL GARZON GONZALEZ	DOCUMENTO:52735608						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como auxiliar de enfermería en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Desarrollo de recorrido en calle con acciones de enganche y convocatoria.	acciones de enganche, acogida y convocatorias para la participación de las actividades de los CE. En este proceso deben participar todos los perfiles y se deberá evidenciar en la ficha técnica el lugar donde se desarrollará el recorrido y su énfasis o temática abordar
4.Educación y comunicación para la salud (Acciones lúdico pedagógicas)	Construcción de conocimientos y aprendizajes mediante el dialogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas de los sectores, organizaciones y redes
5.Tamizajes	Se realizará aplicación y asesoria de 50 de pruebas para VIH, Sífilis y hepatitis B, para personas de los sectores LGBTI con especial énfasis en mujeres Lesbianas; personas no binarias, y hombres trans,
6.Asesoria Psicosocial y en Salud.	Se informa y orienta en aspectos relevantes en salud que propicien motivaciones frente al cambio de percepciones, prácticas, comportamientos, actitudes, o que movilicen hacia la generación de cuidado.
7.Seguimiento a casos reactivos	El Seguimiento de casos hace referencia a las acciones realizadas en los casos de resultados reactivo para VIH y positivo para Sífilis y hepatitis

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)2,299,415. DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROSCIENTOS QUINCE PESOS

raquel garzon gonzalez

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RAQUEL GARZON GONZALEZ
CC: 52735608

Fecha: 31 / 08 / 2022

supervisor: Firma de recibido
Sandra Maria Bocarejo Hernandez.

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-08, 08:38:45 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1047371357

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8840669740

PAGADO 08/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RAQUEL GARZON GONZALEZ		
Documento	CC52735608	**Dirección**	CL 42BIS #17 B - 04 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3154834373
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET F	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52735608	RAQUEL GARZON GONZALEZ	59	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS032) SALUD TOTAL EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	2.436	$ 1.000.000	$ 24.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.000.000	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400	$ 1.600	$ 331.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO		217500
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79886964
CORREO	carlosgpsicologo@gmail.com	CELULAR	3107540040
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	2	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	230039025424		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7440-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45283	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51375	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65215	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4402	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18825	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23640	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25683	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27977	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33996	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33993	FECHA	16/08/2022

OBJETO. PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,042,213
VALOR EJECUTADO:	51,042,213
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9438613505	186,900	0	3	36,500	0	223,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

79886964
GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO
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 Distrital 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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

AREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			**UNIDAD:**			**SALUD PUBLICA - PIC**		
No. DE CONTRATO: 7440-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS ARTURO GUERRERO SALAS	**DOCUMENTO:**	**79886964**					

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (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, conforme a lo previsto en el Convenio PSPIC vigente.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
4. Desarrollo de encuentros comunitarios: acciones Comunitarias en el marco de la escucha activa	Numero de sesiones de desarrollo de encuentros comunitarios de equipos en forma integral en la localidades y territorios priorizados
4. Apoyo al cuidado de la salud con énfasis en salud mental	Numero de usuarios con tamizaje de cuestionario de sintomas SQR, ASSIST y test AUDIT
5. Asesoría de salud mental con intervención breve, entrevista motivacional y asesoria en habilidades para la vida y psicosociales.	Realizar asesorias de salud mental con intervención breve, entrevista motivacional y asesoria en habilidades para la vida y psicosociales.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

CARLOS ARTURO GUERRERO SALAS
NOMBRE COMPLETO
CC. 79886964

Fecha : 31/ 08/ 2022
Firma de recibido supervisor
DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
Directora de gestión del riesgo en salud

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79886964		GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2A # 9 F 81 TORR 18 APT 202	TOCANCIPA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1596004010	9438613505	E	2022/08/16	2022/08/10	BANCO POPULAR	0	$223,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MINODZ	901,037,916	1	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$223,400	$0	$0	$223,400

2022/08/09 08:11 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79886964		GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2A # 9 F 81 TORR 18 APT 202	TOCANCIPA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1596004010	9438613505	I	2022/08/16	2022/08/10	BANCO POPULAR	0	$223,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0
Ciudad: TOCANCIPA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$0	$0			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0
1	CC	79886964	GUERRERO CARLOS		C	$0	$0	MI1002	30	$1,494,606	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,494,606	$36,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$0	$0			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0

2022/08/09 08:11 PM

RESOLUCION

Por la cual se reconoce y ordena el pago de asignación mensual de retiro, en cuantía equivalente al 81%, al Señor IJ(r) GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO, con c.c. No. 79886964.

EL DIRECTOR GENERAL DE LA CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL

En ejercicio de las facultades legales y en especial, las conferidas en el Estatuto Interno según Acuerdo 008 del 19/10/2001

C O N S I D E R A N D O:

Que la Policía Nacional con fecha 13/07/2019, expidió la hoja de servicios No. 79886964, registrada en el libro No. 003, a folio No. 530, radicada en esta Entidad bajo el ID Control 463510 del 25-07-2019, en la que certifican que el señor IJ(r) GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO, prestó servicios en Policía Nacional por espacio de 23 años 9 meses 26 días, quedando desvinculado del servicio activo a partir del 10/08/2019.

Que de conformidad con el Decreto 754 del 30 de Abril de 2019, por el cual se fija el régimen de asignación mensual de retiro del personal del Nivel Ejecutivo de la Policía Nacional que ingresó al escalafón por incorporación directa hasta el 31 de Diciembre de 2004, así:

"(...) artículo 1: *"Fíjase el régimen de asignación de retiro para el personal del Nivel Ejecutivo de la Policía Nacional que ingresó al escalafón por incorporación directa hasta el 31 de diciembre de 2004, los cuales tendrán derecho cuando sean retirados de la institución con quince (15) años o más de servicio por llamamiento a calificar servicios, o por voluntad de la Dirección General de la Policía, o por disminución de la capacidad psicofísica, y los que se retiren a solicitud propia o sean retirados o separados en forma absoluta o desistuidos después de los veinte (20) años de servicio, tendrán derecho a partir de la fecha en que terminen los tres (3) meses de alta, a que por la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, se les pague una asignación mensual de retiro equivalente a un cincuenta por ciento (50%) del monto de las partidas de que trata el artículo 3º del Decreto 1858 de 2012, por los primeros quince (15) años de servicio, y un cuatro por ciento (4%) más por cada año que exceda de los quince (15) hasta cumplir los diecinueve (19) años, y un nueve por ciento (9%) al cumplir los veinte (20) años de servicio. Así mismo se incrementará en un dos por ciento (2%) por cada año que exceda de los veinte (20), sin que en ningún caso sobrepase el ciento por ciento (100%) de tales partidas. (...)"*

Que al tenor de lo dispuesto en los Decretos 1091 de 1995, 4433 de 2004, 1858 de 2012, Decreto 754 de 2019 y demás normas concordantes en la materia, se le debe reconocer y pagar asignación mensual de retiro equivalente al 81% del sueldo básico de actividad para el grado y partidas legalmente computables aportadas en la hoja de servicio, según liquidación que obra en el expediente administrativo.

Por la cual se reconoce y ordena el pago de asignación mensual de retiro, en cuantía equivalente al 81%, al Señor IJ(r) GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO, con c.c. No. 79866964

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. Reconocer y ordenar pagar con cargo al presupuesto de esta entidad asignación mensual de retiro al señor IJ(r) GUERRERO SALAS CARLOS ARTURO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79866964, en cuantía equivalente al 81% del sueldo básico de actividad para el grado y partidas legalmente computables, efectiva a partir del 10/08/2019, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

ARTICULO SEGUNDO. Descontar el 5% mensual de la prestación y las diferencias por aumentos en el primer mes que éstos ocurran, de conformidad con las normas legales vigentes.

ARTICULO TERCERO. Enviar copia de la presente resolución al Grupo de Nóminas y Embargos y agregar otra al expediente administrativo No. 7799 del 2019.

ARTICULO CUARTO. Declarar que contra la presente resolución solo procede el recurso de reposición, ante esta dirección, el cual deberá ser presentado personalmente, debidamente sustentado, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de conformidad con lo dispuesto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.
Expedida en Bogotá, D.C.

Brigadier General (r) JORGE ALIRIO BARON LEGUIZAMON
Director General

Coronel (r) DIONEY RAMON RODRIGUEZ TENJO
Subdirector de Prestaciones Sociales (E)

Elaboró: JOSE LUIS GARCIA CARVAJINO
Revisó: GLORIA LUCIA MEDINA PALACIO
Coordinadora Grupo Asignaciones
Aprobó: Coronel (r) DIONEY RAMON RODRIGUEZ TENJO
Subdirector de Prestaciones Sociales (E)

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HERNANDEZ HERNANDEZ MARCELA											217438	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				52818197				
CORREO	PSICOLOGA.				CELULAR				3118828659				
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica												
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica				UNIDAD:				Salud Publica - PIC				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	4				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	60285483649												

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7451-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45296	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51386	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65202	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69604	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	4412	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16419	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18797	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	23617	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25651	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27961	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	33975	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	33973	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	PSICOLOGO (A)							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,736,514	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.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	54,069,220
VALOR EJECUTADO:	54,069,220
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 %

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.

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 52818197

HERNANDEZ HERNANDEZ 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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
61034961	227,100	290,600	3	44,300	0	562,000
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 52818197

HERNANDEZ HERNANDEZ 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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE CONTRATACION	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 7451 – 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARCELA HERNANDEZ HERNANDEZ	DOCUMENTO:52818197						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicologo en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	Socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, notificacion VESPA, canalizaciones.	Actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, canalizaciones y seguimientos, de la localiodad de Barrios Unidos
4 Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios.	Desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR ($ 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS) M/CTE

CC 52818197

MARCELA HERNANDEZ HERNANDEZ

CC: 52818197

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MARCELA HERNANDEZ HERNANDEZ**, identificada con **CC** número **52818197**, aportó por el empleado **MARCELA HERNANDEZ HERNANDEZ**, identificado(a) con **CC** número **52818197** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **61034961** para el periodo de salud **2022-07** y pensiones **2022-07** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	DIAS	HORAS	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	TARIFA APORTE	COTIZACION OBLIGATORIA	VALOR APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	ESTADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

El presente certificado se expide a los 19 días del mes Octubre de 2022

Este documento esta 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:	HERNANDEZ NELSON EDWARD				217492
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79653074		
CORREO	nelsonhernandez_2017@hot	CELULAR	3112231704		
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica				
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC		

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	7400715095		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7453-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45299	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51388	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66608	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4413	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16415	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18794	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23615	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25649	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27959	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33971	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	33968	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	30,809,543
VALOR EJECUTADO:	30,809,542
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

cc 79653074
HERNANDEZ NELSON EDWARD
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.

1047433883	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HERNANDEZ NELSON EDWARD CC 79653074

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 Distrital 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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA FERIAS**	
No. DE CONTRATO: 7453-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**08**	**2022**	**31**	**8**	**2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NELSON EDWARD HERNANDEZ	**DOCUMENTO: 39778354**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como auxiliar de enfermeria en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales, a Los Habitantes de Calle, mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas específicas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las personas en habitanza en calle	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y Letras) M/CTE/ Dos millones doscientos noventa y nueve mil cuatrocientos quince pesos ($2,299,415)

cc 79653074 NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA : NELSON EDWARD HERNANDEZ CC: 79653074	Fecha : 31/08/2022 Dra Sandra Maria Bocarejo Hernandez Firma de recibido supervisor:

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-08, 04:29:00 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1047433883

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8871294560

PAGADO 08/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NELSON EDWARD HERNANDEZ		
Documento	CC79653074	**Dirección**	CLL 5 N. 5A 38 STE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3372899
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDP	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días APFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 79653074	NELSON EDWARD HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	23301 PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	23S03 SALUDTOTAL EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	2.436	$ 1.000.000	$ 24.400	SIN-CCI NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Recapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 0	$ 309.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos

Elaborado con GanaSoftware

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

217213

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HURTADO GUEVARA NATALIA ANDREA		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1015398996
CORREO	nataliahurtado358@gmail.	CELULAR	3016101518
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A080											

BANCO	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	374089017490		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 7459-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NUMERO DE CDP: 1	1406	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	45306	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	51354	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	55200	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 4	156	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 4	4417	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 5	18731	FECHA	13/05/2022
NUMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 6	23616	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 7	25629	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 8	1615	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 8	27953	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 9	33953	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 10	33956	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,685,053
VALOR EJECUTADO:	51,685,053
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,977,579
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	198
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
7845485412	186,900	230,200	3	36,500	9,000	471,600

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE CUMPLIDO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCANEGRA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Natalia Hurtado Guevara
HURTADO GUEVARA NATALIA ANDREA
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.

Escaneado con CamScanner

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 GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PUBLICO					UNIDAD:		SALUD PÚBLICA-FERIAS
No. DE CONTRATO: 7459-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NATALIA ANDREA HURTADO GUEVARA	DOCUMENTO: 1015398996						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como enfermera en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.23 jornadas en las localidades de: Suba, Chapinero, Barrios Unidos, Engativá, Usaquén y Teusaquillo.Formato de valoración, tablero poblacional, plan operativo e informe mensual.	23 jornadas en las localidades de: Suba, Chapinero, Barrios Unidos, Engativá, Usaquén y Teusaquillo. Formato de valoración, tablero poblacional, plan operativo e informe mensual.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,977,579 TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

Natalia Hurtado Guevara

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC:

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	1014288908
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			NATALIA ANDREA HURTADO SUEVANI
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA,D.C.(DISTRITO CAPITAL)	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CRA 72 B # 70 - 15 APTO 304	TELEFONO:	3004497
TIPO APORTANTE	DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADO	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de médicos y odontólogos
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (PERSONA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7845485412		TIPO DE PLANILLA		
PERIODO COTIZACION OTROS:	MES: Mes Año: 2022		PERIODO COTIZACION SALUD:	MES: Mes JUNIO	INDEPENDIENTES 2022
DIAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/06/12		NUMERO AUTORIZACION		1520249508

TOTAL APORTES A PENSION

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230101	230101-PORVENIR	1	$ 239,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 239,200	$ 0	$ 239,200
SUBTOTALES:										$ 239,200	$ 0	$ 239,200

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR APRS	MORA COTIZACION	MORA VALOR APRS	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184,400		$ 0	$ 0	$ 184,400	$ 0	$ 0	$ 184,400
SUBTOTALES:													$ 184,400	$ 0	$ 0	$ 184,400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS PERSOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1	0	$ 0	$ 0			$ 54,500	$ 56,500	$ 0	$ 0	$ 56,500
SUBTOTALES:									$ 56,500	$ 0	$ 0	$ 56,500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 9,000	$ 0	$ 9,000
SUBTOTALES:			$ 9,000	$ 0	$ 9,000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSION	PERSONA TRIBUTARIA	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AUSENCIA	SEGURIDAD SOCIAL: PENSION ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR APRS	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	PARAFISCALES CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1014288908	HURTADO SUEVANI NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1,456,605				NO										01-11					230101-PORVENIR	30	$ 1,456,605	$ 239,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239,200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1,456,605	$ 184,400	$ 0	$ 184,400	ARL SURA - 11 -	30	$ 1,456,605	$191,630,850	$ 56,500	30	$ 1,456,605	SOCCF24-COMPENSAR	$ 9,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 471,600

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:	MARTINEZ CAMPUZANO JESSICA PAOLA		217843
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1016031296
CORREO	jessica_marcam@hotmail.	CELULAR	3142156074
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	475070025444		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 7488-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45342	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51423	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65517	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4437	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18750	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23575	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25484	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27914	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33841	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33837	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,891,477
VALOR EJECUTADO:	49,891,477
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
60931043	187,000	239,400	3	36,500	30,000	492,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTINEZ CAMPUZANO JESSICA PAOLA
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.

	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTINEZ CAMPUZANO JESSICA PAOLA

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA FERIAS
No. DE CONTRATO: 7488 -2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JESSICA PAOLA MARTINEZ CAMPUZANO	DOCUMENTO: 1016031296						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (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, conforme a lo previsto en el Convenio PSPIC vigente.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): ____100____

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Entrega de productos de la estrategia CENTRO DE ESCUCHA HABITANZA EN CALLE	Centro de escucha habitante de calle soportado en actas, listasdos , fichas tecnicas ,memoria progresiva y las matrices respectivas a la estrategia.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS. M/CTE ($ 3.736.514

JESSICA PAOLA MARTINEZ CAMPUZANO
CC: 1016031296

Fecha : 31 / 08 / 2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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	1016031296	JESSICA PAOLA MARTINEZ CAMPUZANO	calle 19b 81 b 30	3142156074	jessica_marcam@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CODIGO	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
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	61316024	TOTAL A PAGAR	
					$492.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	187.000	0		0		0	0	0	0	187.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	239.400	0	0	0	0	0	0		239.400	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	830603790-5	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	30.000	0	0	30.000	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	187.000	187.000
Pensión	1	239.400	239.400
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	492.900	492.900

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	1016031296	JESSICA PAOLA MARTINEZ CAMPUZANO	calle 19b 51 b 30	3142156074	jessica_marcam@hotmail.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	
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	61316024	$492,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sotapo	Extranjero	Cotiza estudiar	Extranjero	VSP	INT	TDE	TAE	COE	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COT/PLACIA	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	1016031296	MARTINEZ CAMPUZANO JESSICA PAOLA	57	0			N																230301	1,496,000	239,400	0	0	0	0	EPS008	1,496,000	187,000	14-11	1,496,000	3	36,500	CCF22	1,496,000	30,000	0	0	0	0	0

PAGADO

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:	QUIÑONES CABEZAS VICKY SULAINE			217923
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1082687897	
CORREO	solanlly802@hotmail.com	CELULAR	3142336377	
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica			
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	2	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	230050130095		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 7597-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45468	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51527	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65540	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4519	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18534	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23416	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25306	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27756	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33607	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33605	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	46,575,797
VALOR EJECUTADO:	46,575,797
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCION:	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
9438551962	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Vicky S. Quiñones C. C.C. 1082687897
QUIÑONES CABEZAS VICKY SULAINE
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.

Escaneado con CamScanner

	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, D.C. a los [illegible] 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 BOCANEGRA HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Vicky S. Quiñones C. CC. 1082687897

QUIÑONES CABEZAS VICKY SULAINE

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor [illegible]

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA -FERIAS
No. DE CONTRATO: 7597-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNÁNDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICKY SULAINE QUIÑONES CABEZAS	DOCUMENTO: 1082687897						
OBJETO DEL CONTRATO: OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TRABAJADORA SOCIAL en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información	Preauditoria realizada según cronograma con cordinación del espacio y apoyos. Soportes de preauditoria (actas, listados de reunión)
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 eficiente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el Usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Reunión mensual de equio para socialización de tematicas de humanización, gestion del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio. Acta, listado de reunión.
3. Realizar la intervención del componente RBC soporte salud mental, acompañamiento, seguimiento, caracterización y programación, de la estrategia de salud mental de la subred integrada de servicios de salud norte.	Información, asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicación a familias con personas con discapacidad, reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones, información asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologia a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad, reporte diario de asesorias y
4. Consolidar el informe de trabajo del producto de monitoreo.	Tablero de control e informe mensual, soportes de insumo para informe.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): M/CTE ($) (3,750,514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORSE PESOS

Vicky S. Quiñones C.

VICKY SULAINE QUIÑONES CABEZAS

C.C. 1082687897

Fecha: 31-08-2022

Firma del Supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNÁNDEZ

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082662462		[redacted]	[redacted]	PRINCIPAL	[redacted]	[redacted]	[redacted]	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	[redacted]	[redacted]	I	[redacted]	[redacted]	[redacted]	1	$442,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES		PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre			IBC	Aportes		IBC	Aportes			IBC	Aportes		IBC	Tarifa	Aportes		IBC	Aportes	Exonerados (Ley 1607)	Total Aportes
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,456,000	$279,552		$1,456,000	$174,720			$1,456,000	$58,240		$1,456,000	0.522%	$7,602		$1,456,000	$52,416		$572,530
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,456,000	$279,552		$1,456,000	$174,720			$1,456,000	$58,240		$1,456,000	0.522%	$7,602		$1,456,000	$52,416		$572,530
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D. C. (1 Afiliados)					$1,456,000	$279,552		$1,456,000	$174,720			$1,456,000	$58,240		$1,456,000	0.522%	$7,602		$1,456,000	$52,416		$572,530
1	CC	[redacted]	[redacted]		$1,456,000	$279,552	100%	$1,456,000	$174,720	100%		$1,456,000	$58,240	100%	$1,456,000	0.522%	$7,602	100%	$1,456,000	$52,416	NO	$572,530
Total Afiliados: 1)					$1,456,000	$279,552		$1,456,000	$174,720			$1,456,000	$58,240		$1,456,000		$7,602		$1,456,000	$52,416		$572,530

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082662462		[redacted]	[redacted]	PRINCIPAL	[redacted]	[redacted]	[redacted]	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	[redacted]	[redacted]	I	[redacted]	[redacted]	[redacted]	0	$442,000

RESUMEN DE PAGO

CONCEPTO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	OTROS CONCEPTOS	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$229,200	$0	$0	$229,200
PORVENIR	230301	800,274,858	E	1	$229,200	$0	$0	$229,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,900	$0	$0	$29,900
COMFENALCO	CCF04	860,066,942	7	1	$29,900	$0	$0	$29,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				4	$482,500	$0	$0	$482,500

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:	RESTREPO MORENO HERMANN MIGUEL		217489
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79602249
CORREO	hermannrestrepo@gmail.com	CELULAR	3006956625
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	7380677844		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7612-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45487	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	51541	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64630	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4532	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18518	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23403	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25292	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27733	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33554	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33552	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
1048026111	187,000	239,400	3	36,500	0	462,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

79602249 Bta
RESTREPO MORENO HERMANN MIGUEL
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RESTREPO MORENO HERMANN MIGUEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		SALUD PÚBLICA PIC		
No. DE CONTRATO: -7612-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HERMANN MIGUEL RESTREPO MORENO	DOCUMENTO: 79602249						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo como PSICÓLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a la necesidades de la institucion							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST y AUDIT y CARLOS según corresponda, plan de trabajo, pre-test
	seguimiento individual, intervencion breve y psicoeducación
	Cierre y evaluacion final del plan de trabajo y post-test
	Insumos para informe mensual

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3,736,514) PESOS. TRES MILLONES SETESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS.

HERMNANN MIGUEL RESTREPO MORENO
CC: 79602249

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor: Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-08, 10:49:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1048026111

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8836792930

PAGADO 08/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HERMANN MIGUEL RESTREPO MORENO		
Documento	CC79602249	**Dirección**	CRA 67 N° 94A 78 BLOQUE 13 APTO 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2262412
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades															Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79602249	HERMANN MIGUEL RESTREPO MORENO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,496,000	$ 239,400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1,496,000	$ 187,000	2,436	$ 1,496,000	$ 36,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,496,000	$ 1,496,000	$ 1,496,000	$ 0	$ 239,400	$ 187,000	$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,900	$ 0	$ 462,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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:	RUBIO PINO DANIELA		217298
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023902470
CORREO	drubiop90@gmail.com	CELULAR	3192023011
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	62438262739		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7664-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45548	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	53768	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65002	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4574	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18452	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24983	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26205	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27657	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33478	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33476	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,478,285
VALOR EJECUTADO:	51,478,285
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,700,776
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	234
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 minimo 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
9438572442	227,200	290,800	3	44,300	0	562,300

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RUBIO PINO DANIELA
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.

	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 BOCANEGRA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RUBIO PINO DANIELA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**	SALUD PUBLICA FERIAS		
No. DE CONTRATO: 7664-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DANIELA RUBIO PINO	**DOCUMENTO: 1023902470**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como psicóloga								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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. Acta, listado de reunión
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (4,700,776) CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

DANIELA RUBIO PINO
CC: 1023902470

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023902470		RUBIO PINO DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 24 sur #12-87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5610928	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594107921	9438572442	I	2022/08/17	2022/08/09	BANCOLOMBIA	0	$562,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,817,362	$290,800			$1,817,362	$227,200			$0	$0			$1,817,362	$44,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E, (1 Afiliados)						$1,817,362	$290,800			$1,817,362	$227,200			$0	$0			$1,817,362	$44,300		$0	$0
1	CC	1023902470	RUBIO DANIELA	25-14	30	$1,817,362	$290,800	EPS017	30	$1,817,362	$227,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,817,362	$44,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,817,362	$290,800			$1,817,362	$227,200			$0	$0			$1,817,362	$44,300		$0	$0



Planilla de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023902470		RUBIO PINO DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 24 sur #12-87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5610920	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594107921	9438572442	I	2022/08/17	2022/08/09	BANCOLOMBIA	0	$562,300

RESUMEN DE PAGO

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,800	$0	$0	$290,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$290,800	$0	$0	$290,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,300	$0	$0	$44,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$44,300	$0	$0	$44,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,200	$0	$0	$227,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$227,200	$0	$0	$227,200

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:	SAAVEDRA GARAY ELDA NAYIBE		217846
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018452800
CORREO	ELDA.SAAVEDRA@HOTMAIL.	CELULAR	3115201032
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	20361022859		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7671-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45557	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	53825	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65545	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4579	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16395	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18448	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24961	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26196	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27654	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33466	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP. 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	33463	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	47,375,461
VALOR EJECUTADO:	47,375,461
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SAAVEDRA GARAY ELDA NAYIBE
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.

1048127430	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SAAVEDRA GARAY ELDA NAYIBE
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO: 7671-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ELDA NAYIBE SAAVEDRA GARAY	DOCUMENTO: 1018452800						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (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, conforme a lo previsto en el Convenio PSPIC vigente.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento a Los Habitantes de Calle, mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas desde el centro de escucha habitante de calle	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): M/CTE ($) 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

Elda Nayibe Saavedra Garay.

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.
cc: 1018452800

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor

DRA SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-11, 01:23:55 PM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048127430

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8837826260

PAGADO 11/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELDA NAYIBE SAAVEDRA GARAY		
Documento	CC1018452800	**Dirección**	CAR 10 B 181- 88
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4791274
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	DEF P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1018452800	ELDA NAYIBE SAAVEDRA GARAY	57	00								X								0		30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1,495,000	$ 239,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,495,000	$ 186,900	2.436	$ 1,495,000	$ 36,500	(ARL-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,495,000	$ 1,495,000	$ 1,495,000	$ 0	$ 239,200	$ 186,900	$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600	$ 3,700	$ 466,300

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	SANCHEZ MARIN INGRID CATERINE			217878
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1026272044	
CORREO	anthonyclaus@gmail.com	CELULAR	3213146515	
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica			
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Casa Salud Publica Suba	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	13	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	447737524		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 7688-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45577	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	53918	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64994	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4593	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18437	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24917	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26172	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27636	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33423	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33422	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,042,213
VALOR EJECUTADO:	51,042,213
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
1048040870	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ingrid Caterine Sanchez M 1026272044
SANCHEZ MARIN INGRID CATERINE
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ingrid Caterine Sanchez M 1026272044
SANCHEZ MARIN INGRID CATERINE
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					UNIDAD:	CASA SALUD PUBLCA SUBA		
No. DE CONTRATO: 7688 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INGRID CATERINE SANCHEZ MARIN	DOCUMENTO: 1026272044							

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ENFERMERO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución, conforme a lo previsto en el convenio PSPIC vigente.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____100_____

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. 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.	Se ejecutan acciones en el entorno cuidador comunitario MAPS en la Subred Sur, con 86 asesorias pretest y post test para pruebas rapidas presuntivas para VIH, Sifilis, Hepatitis B, 64 asesorias en salud sexual y reproductiva, 64 tamizajes de escala de Findrisc y 4 encuentros comunitarios.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):($) 3.736.514 - TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/cte.

Ingrid Caterine Sanchez M 1026272044

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

INGRID CATERINE SANCHEZ MARIN

CC: 1026272044

Fecha: 31/08/22

Firma de recibido supervisor:

DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Directora de Gestion del Riesgo en Salud

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-09, 09:27:06 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048040870

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8836919640

PAGADO 09/08/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID CATERINE SANCHEZ MARIN		
Documento	CC1026272044	**Dirección**	KR 41 N 7675 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213146515
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	INCI P.	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días APH	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1026272044	INGRID CATERINE SANCHEZ MARIN	56	00								X						0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,484,805	$ 239,200	(EPS017) SANITAS EPS	$ 1,484,805	$ 196,800	2.436	$ 1,484,805	$ 36,900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1,484,805	$ 29,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 492,500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,484,805	$ 1,484,805	$ 1,484,805	$ 1,484,805	$ 239,200	$ 196,800	$ 36,900	$ 29,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 492,500	$ 0	$ 492,500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 86 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 58 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	SUANCA GONZALEZ LINA JOHANNA											217452	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.							52930639	
CORREO	linita8283@hotmail.com				CELULAR							3123858088	
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica												
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica				UNIDAD:							Salud Publica - PIC	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	4				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	3123858088												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7710-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45602	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	53972	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66716	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4611	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18422	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24810	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26147	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27611	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33366	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33361	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%	0	
VALOR MES	3,736,514	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:	46,341,749
VALOR EJECUTADO:	46,341,749
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
1048072737	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

52.930639

SUANCA GONZALEZ LINA JOHANNA
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SUANCA GONZALEZ LINA JOHANNA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**Salud Publica- Ferias**	
No. DE CONTRATO: 7710-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Sandra Maria Bocarejo Hernandez		**1**	**08**	**2022**	**31**	**8**	**2022**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Lina Johanna Suanca Gonzalez	**DOCUMENTO: 52930639**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicologa en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales, a Los Habitantes de Calle, mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas específicas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las personas en habitanza en calle	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES:

TOTAL TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE M/CTE ($3,736,514)

Lina Johanna Suanca Gonzalez
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52930639

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor
Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-09, 11:29:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048072737

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8837238080

PAGADO 09/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA JOHANNA SUANCA GONZALEZ		
Documento	CC52930639	**Dirección**	CL 82 #102 - 79
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8100253
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días COT	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducac	Total
CC 52930639	LINA JOHANNA SUANCA GONZALEZ	59	00										X								0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,494,605	$ 239,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,494,605	$ 186,900	2,436	$ 1,494,605	$ 36,500	(CCF21) CAFAM	$ 1,494,605	$ 29,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 492,500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,494,605	$ 1,494,605	$ 1,494,605	$ 1,494,605	$ 239,200	$ 186,900	$ 36,500	$ 29,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 492,500	$ 0	$ 492,500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 86 89 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	VALENCIA REINA HEIDY JOHANNA		217863
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1022393881
CORREO	HEIDYJOHANNAVALENCIA@	CELULAR	3223747264
PROCESO:	Vigilancia en Salud Publica		
SERVICIO:	Vigilancia en Salud Publica	UNIDAD:	Salud Publica - PIC

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488404178169		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7742-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	45639	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54027	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65547	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	4635	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18403	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24732	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26113	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27579	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	33290	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	33288	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	47,492,485
VALOR EJECUTADO:	47,492,485
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 minimo 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
60954914	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VALENCIA REINA HEIDY JOHANNA
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VALENCIA REINA HEIDY JOHANNA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 7742-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HEIDY JOHANA VALENCIA REINA	DOCUMENTO: 1022393881						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicóloga en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Desarrollar actividades orientadas al mejoramiento de calidad de vida de la comunidad barrista mediante estrategias de fortalecimiento de habilidades psicosociales que permiten la prevención de violencias, prevención del suicidio y la sana convivencia; así como actividades que se orientan hacia los habitos saludables, el desarrollo de actividad física, el cuidado del medio ambiente, entre otras actividades.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas específicas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Realización de informe cualitativo y cuantitativo mensual, tablero de control	Sistematización de resultados de las acciones, en los informes cuali-cuantitativos y el tablero control.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 2,732,104 DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HEIDY JOHANA VALENCIA REINA
CC: 1022393881

Fecha 31/8/2022
Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1022363881	HEIDY JOHANA VALENCIA REINA	calle 46 sur 81 h 33	4548971	heidyjohannavalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2022-08	2022-08	I	15/09/2022	61880163	$492.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	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	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	29.900	0	0	29.900	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	186.900	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	1	29.900	29.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	492.500	492.500

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

compensar | mipianilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022360881	HEIDY JOHANA VALENCIA REINA		calle 45 sur 81 h 33	4549971	heidyjohannavalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTA, 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-09	2022-09	I	15/09/2022	61860183	$492,500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Soltera	Educativo	Cotizante exterior	Exonerado	MEO	HEF	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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
[illegible]	[illegible]	[illegible]	VALENCIA REINA HEIDY JOHANA	59	C			N																25-14	1,494,700	238,300	0	0	0	0	EPS017	1,494,700	186,900	14-11	1,494,700	3	36,300	CCF22	1,494,700	29,900	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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BAQUERO GONZALEZ LUZ DARY		217403
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52437538
CORREO	luzdia316@gmail.com	CELULAR	3004226415
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	8	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	458200017952		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8111-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44870	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54499	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65857	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5207	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18164	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24676	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25345	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27990	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36476	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36475	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2252	FECHA	29/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	38327	FECHA	29/08/2022

OBJETO:	TECNICO EN CONTABILIDAD							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0			
VALOR MES	2,299,415	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	32,027,764
VALOR EJECUTADO:	32,027,764
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BAQUERO GONZALEZ LUZ DARY
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

1047436426	125,500	160,000	3	24,400	0	309,900
	0	0		0	0	

NUMERO DE PLANILLA ES 60267953 VALOR PAGADO EPS 125.000 QUEDO MAL DILIGENCIADA POR ERROR EN DIGITACION

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BAQUERO GONZALEZ LUZ DARY
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.

	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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA. 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	COMUNITARIO			**UNIDAD:**			Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	8111-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BAQUERO GONZALEZ LUZ DARY	**DOCUMENTO:**	52437538					
OBJETO DEL CONTRATO:	Técnico_2							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
a)Recepción y verificación de calidad, oportunidad y pertinencia de la información registrada en bases de datos y aplicativos del proceso transversal de GPAISP. b)Cruce de bases de datos según requerimientos de los programas, acciones y estrategias del componente. c)Consolidación de información e ingreso de la misma al aplicativo dispuesto por la SDS de los proyectos de inversión mensualmente. d)Construcción y mantenimiento de bases de datos o aplicativos necesarios para el monitoreo de cohortes y demás requerimientos del componente. e)Apoyo a la verificación de soportes (pagos de seguridad social) del talento humano del proceso transversal para la certificación mensual.	Cronograma de actividades actualzlazado con fechas correspondiente al mes . Base de talento humano correspondiente al mes. . Base de certificación actualzlazado correspondiente al mes. Base solicitud de insumos correspondiente al mes. . Informe cualitativo mujeres correspondiente al mes. Diligenciamiento de los DRIVE correspondientes al proceso de GESI para la núneracion de los formatos del espacio. Cargue de la Informacion al aplicativo de GESI de SDS con consecutivos. Diligenciamioanto del aplicativo de TH de SDS.
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 2.299.415,00
DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS	

LDG

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

BAQUERO GONZALEZ LUZ DARY

52437538

Fecha 30 9 2022

Firma de recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	52437538	LUZ DARY BAQUERO GONZALEZ	CALLE 70 B No. 110 - 36	3004226415	luzdb316@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	08/08/2022	60267953	$309.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	830031290-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS

Codigo 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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	52437538	LUZ DARY SAQUERO GONZALEZ	CALLE 70 B No. 110 - 36	3004226415	luzdia316@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60267953	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza Exterior	Extranjero	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	52437538	SAQUERO GONZALEZ LUZ DARY	59	0			N																230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	129.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	ABELLA ANA MABEL		217320
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1033731401
CORREO	naniranis@hotmail.com	CELULAR	3212350014
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24059676676		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8126-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44844	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54515	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	67909	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5219	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15503	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24659	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25332	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27971	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36461	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	18,410,010
VALOR EJECUTADO:	16,690,781
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,792,511
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	232
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,719,229
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	90.66 %

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
9437495100	126,000	161,300	3	24,600	17,800	329,700
	0	0		0	0	

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ana Abella

ABELLA ANA MABEL
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ABELLA ANA MABEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO.				UNIDAD:		SALUD PUBLICA-FERIAS		
No. DE CONTRATO: 8126_2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANA MABEL ABELLA	DOCUMENTO: 1033731401						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AGENTES DE CAMBIO - GESTOR COMUNITARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las nesecidades de la institucion.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Fortalecimiento en atencion de salud a todo grupo poblacional, fortalecimientos de modos y habitos cuidadores en las ciudadanas y ciudadanos	Realizar acciones colectivas dirigida a la poblacion de todos los cursos de vida para promover el cuidado de la salud

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR $ 1.792.511 (UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS ONCE PESOS)

Ana Abella

ANA MABEL ABELLA

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 1033731401

Fecha: 31/08/2022

Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033731401		ABELLA ANA MABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 53 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6252976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07		9437495100	I	2022/08/02			8	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irt vtp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$877,803	$17,600			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$327,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$877,803	$17,600			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$327,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$877,803	$17,600			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$327,000
1	CC 1033731401	ABELLA ANA		230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS008	30	$1,000,000	$125,000	CCF24	30	$877,803	$17,600	14-11	30	$1,000,000	2.436%	$24,400	30	$0	$0	No	$327,000
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$877,803	$17,600			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$327,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	C ase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033731401		ABELLA ANA MABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 53 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6252976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07		9437495100	I	2022/08/02			8	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$1,100	$0	$161,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$1,100	$0	$161,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$200	$0	$24,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$200	$0	$24,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$200	$0	$17,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$200	$0	$17,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$900	$0	$125,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$125,000	$900	$0	$125,900
TOTAL				**1**	**$327,000**	**$2,400**	**$0**	**$329,400**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO O ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

CÓDIGO: [illegible]
VERSIÓN: 5
PÁGINA: 1 DE 1
FECHA: [illegible]

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	AHUMADA CORTEZ JORGE ANDRES		217032
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula	No	80768299
CARGO	SUBALTERNO	CELULAR	3183905769
PROCESO	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO	Participacion Comunitaria y	UNIDAD	Fechas
RUBRO DE GASTOS			
BANCO		TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24053813[illegible]02		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA 812-2022

N° DE PAGOS DEL CONTRATO					
NUMERO DE CDP 1	1635 FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP 1	44824 FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP 2	1716 FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP 2	54816 FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP 3	2448 FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP 3	67908 FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP 4	109 FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP 4	5220 FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP 5	1154 FECHA	25/04/2022	NUMERO DE CRP 5	18104 FECHA	25/04/2022
NUMERO DE CDP 6	1330 FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP 6	19156 FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP 7	1629 FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP 7	24657 FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP 8	1649 FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP 8	25330 FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP 9	1815 FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP 9	27968 FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP 10	2054 FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP 10	36460 FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP 11	2053 FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP 11	36459 FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS: Asistencial — RESERVA DE GLOSA 2%: 0

VALOR MES: 1.437.099 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	19.969.414
VALOR EJECUTADO	19.706.763
VALOR A PASAR AL CONTRATISTA	1.483.457
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
VALOR A LIBERAR	0
SALDO POR EJECUTAR	262.651
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98.68 %

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

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 mes de Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jorge Andres Ahumada C cc 80768299 SL
AHUMADA CORTEZ JORGE ANDRES
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.

impulsado por CamScanner

impulsado por CamScanner

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		salud publica-pic	
No. DE CONTRATO: 8127-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE ANDRES AHUMADA CORTES	DOCUMENTO: 80768299							
OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO EN EL MARCO DE PLAN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.REALIZAR ACTIVIDADES DE ENGANCHE Y RECORRIDOS EN CALLE PARA LA IDENTIFICACION DE GRUPOS DE RIESGO Y LUGARES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	ACTIVIDADES DE ENGANCHE Y RECORRIDOS
4.PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE DESARROLLO COMUNITARIO	DESARROLLO DE ESPACIOS COMUNITARIOS
5. REALIZAR EVALUACION Y MONITOREO DE ACTIVIDADES	REALIZAR INFORME EJECUTIVO DE LAS ACTIVIDADES DURANTE EL MES, COMO LA ENTREGA DE LA MATRIZ 1186,INFORME DE ACTIVIDADES ENTRE OTRAS

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,463,457 (UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/C)

Jorge Andres Ahumada

JORGE ANDRES AHUMADA CORTEZ
CC: 80768299

Fecha: 1-08-2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	ANDRESSAMIRADACTIVITIES@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
[illegible]	[illegible]			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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	IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	859468694	$379.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
[illegible]	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	Porvenir	8002248[illegible]	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
[illegible]	ARL SURA	8909037954	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	Compensar Caja	860066942-7	20.000	0	0	20.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

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

impulsado por CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	ALBARRACIN RODRIGUEZ INGRID JOHANNA		216959
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52936799
CORREO	dar-johanna@hotmail.com	CELULAR	3007223255
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	13	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	007912293		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8128-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1495	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44762	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54518	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	67907	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5221	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18155	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24655	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25328	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27967	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36458	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36457	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,879,898
VALOR EJECUTADO:	20,872,218
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,784,784
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	231
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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
9438366963	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ingrid A 52936799

ALBARRACIN RODRIGUEZ INGRID JOHANNA
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ingrid A

ALBARRACIN RODRIGUEZ INGRID JOHANNA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica - PIC
No. DE CONTRATO: 8128 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INGRID JOHANNA ALBARRACIN	DOCUMENTO: 52936799						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. 3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la ideptificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias	Actividades de enganche y recorridos en calle
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios	Encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($): M/CTE ($)1.784.784 UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Ingrid A 52936799

INGRID JOHANNA ALBARRACIN RODRIGUEZ Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 52936799

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52936799		ALBARRACIN RODRIGUEZ INGRID JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 30 1 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1000000968	9438366963	I	2022/08/23	2022/08/09	BANCO BOGOTA	0	$309,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificacion	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cce vst sln ige lma vac avp col vit evp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
1	CC 52936799	ALBARRACIN INGRID		230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS008	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	2.436%	$24,400	0	$0	$0	No	$309,400
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52936799		ALBARRACIN RODRIGUEZ INGRID JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 30 1 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1000000968	9438366963	I	2022/08/23	2022/08/09	BANCO BOGOTA	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	524,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	524,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL 1				1	$309,400	$0	$0	$309,400

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	ALFONSO CASTIBLANCO JHOAN ANDREY		217905
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032465647
CORREO	jhoandrey.94@hotmail.com	CELULAR	3004660531
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488401451973		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8130-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44749	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54521	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65571	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5223	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18153	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24652	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25325	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27965	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36453	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36452	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO(A) AMBIENTAL Y/O SANITARIO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	30,893,557
VALOR EJECUTADO:	30,893,556
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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
23784712	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032465647

ALFONSO CASTIBLANCO JHOAN ANDREY

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.

- -	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALFONSO CASTIBLANCO JHOAN ANDREY
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA-PIC**		
No. DE CONTRATO: 8130-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALFONSO CASTIBLANCO JHOAN ANDREY	**DOCUMENTO:1032465647**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico ambiental para el area de la salud publica – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Gestion del cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitario en el barrio priorizado por SDS desde nivel central en la Localidad de Usaquén, Barrios Santa cecilia Parte alta y Buenavista dónde se desarrollan las siguientes actividades: planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial e identificación de actores y cartografia social.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2,299,415)

JHOAN ANDREY ALFONSO CASTIBLANCO
CC: 1032465647

Fecha :31/08/2022

Firma de recibido Supervisor DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACION	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1032465847	0	JHOAN ANDREY ALFONSO CASTELLANOS	1	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCION		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
25-754	CARRERA 2 C 19 A 13		3205798562		JHOANDREY.94@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-07	2022-07	23784712	1	2022-08-09	TODOS LOS CENTROS	CUNDINAMARCA	SOACHA	329,400	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	23784712	2022-08-10	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DIAS				PENSION					SALUD				CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
Nº	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS	APFT	PERT	APFT	DIAS	EVS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	PENSIONADO	PENSIONADO	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	ICBF	ESAP	MIN	Tarifa Esp.	% de Mora	Total	Aportes de Beneficiarios
1	CC 1032465847	ALFONSO CASTELLANOS JOHAN ANDREY	Integral																	30	30	30	30	PROTECCION 230201	1,000,000	160,000	N		SALUD TOTAL EPS002	1,000,000	125,000	COMPENSAR CCF24	1,000,000	20,000	1,000,000	24,400	0.522435	N	N	N	N	N	0	0	329,400	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACION	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1032465847	0	JHOAN ANDREY ALFONSO CASTELLANOS	1	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
25-754	CARRERA 2 C 19 A 13		3205798562		JHOANDREY.94@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-07	2022-07	23784712	1	2022-08-09	TODOS LOS CENTROS	CUNDINAMARCA	SOACHA	329,400	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	23784712		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	160,000	0	0	160,000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	160,000	0	0	160,000
EPS(Administradoras: 1)				1	125,000	0	0	125,000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	125,000	0	0	125,000
ARP(Administradoras: 1)				1	24,400	0	0	24,400
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	24,400	0	0	24,400
CCF(Administradoras: 1)				1	20,000	0	0	20,000
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	20,000	0	0	20,000
Gran Total					329,400	0	0	329,400

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:	ALVARADO GONZALEZ HENRY ALEXANDER		217921
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1076656985
CORREO	henry.alvarado1005@gmail.	CELULAR	3175761158
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	08486050056		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8132-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44737	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54523	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64889	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69619	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5225	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18151	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24646	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25323	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27964	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36451	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36449	FECHA	16/08/2022

OBJETO: FISIOTERAPEUTA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,886,181
VALOR EJECUTADO:	50,886,181
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALVARADO GONZALEZ HENRY ALEXANDER
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.

9438718424	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALVARADO GONZALEZ HENRY ALEXANDER
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**	**SALUD PUBLICA FERIAS**		
No. DE CONTRATO: 8132-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**8**	**2022**	**31**	**8**	**2022**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HENRY ALEXANDER ALVARADO GONZALEZ	**DOCUMENTO: 1076656985**							
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO: FISIOTERAPEUTA								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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. Acta, listado de reunión
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3,736,614) PESOS. TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS.

HENRY ALEXANDER ALVARADO GONZALEZ
CC. 1076656985

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1076856985		ALVARADO GONZALEZ HENRY ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2ESTE 1 27	CAJICA-CUNDINAMARCA	3555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1601668827	9438718424	I	2022/08/19	2022/08/16	BANCOLOMBIA	0	$462,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,494,650	$239,200			$1,494,650	$186,900			$0	$0			$1,494,650	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,494,650	$239,200			$1,494,650	$186,900			$0	$0			$1,494,650	$36,500		$0	$0
Ciudad: CAJICA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,494,650	$239,200			$1,494,650	$186,900			$0	$0			$1,494,650	$36,500		$0	$0
1	CC	1076856985	ALVARADO HENRY	230301	30	$1,494,650	$239,200	EPS008	30	$1,494,650	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,494,650	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,494,650	$239,200			$1,494,650	$186,900			$0	$0			$1,494,650	$36,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1078656985		ALVARADO GONZALEZ HENRY ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2ESTE 1 27	CAJICA-CUNDINAMARCA	3555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1601668827	9438715424	I	2022/08/19	2022/08/16	BANCOLOMBIA	0	$462,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$462,600	$0	$0	$462,600

2022/08/13 09:25 AM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	ARCHBOLD MARTINEZ ALAN		217036
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80931899
CORREO	alanachboldmartinez@gmail.	CELULAR	3194283417
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	009000740853		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8134-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44728	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54525	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60964	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	66939	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5227	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18150	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24643	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25322	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27962	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36448	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36447	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	BACHILLER							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			0			
VALOR MES	1,437,099	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:	21,216,242
VALOR EJECUTADO:	21,084,950
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,877,500
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	243
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	131,292
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.38 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA

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 BOCARENO FERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

80931899
ARCHBOLD MARTINEZ ALAN
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.

60931233	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

80931899
ARCHBOLD MARTINEZ ALAN
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8134 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALAN ARCHBOLD MARTINEZ	DOCUMENTO: 80'931.899						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor Comunitario en el marco del Plan de Intrervenciones Colectivas - PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Gestor Comunitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento presencial a familias con personas con discapacidad
	Informacion asesoria y seguimiento presencial a la red de cuidadores y cuidadoras y al grupo de gestores de personas con discapacidad y apoyo
	Convocatoria y activacion de rutas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1'877,500 UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS

ALAN ARCHBOLD MARTINEZ CC: 80'931.899	Fecha: 31/08/2022 Firma del Supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	80951899	ALAN ARCHIBOLD MARTINEZ		Cra 37 B No. 6 - 75 B 14 Apto 303	4523181	alanarchibaldmartinez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
2022-07	2022-07	1	06/08/2022	80931233	TOTAL A PAGAR	
					$329.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	860903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			344	24.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Colsm	860013570-3	20.000	0	0	20.000	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

Este documento fue generado por Compensar Operador de información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80931833	ALAN ARCHBOLD MARTINEZ		Cra 97 B No. 4 - 75 B 14 Apto 303	4623131	alanarchbold.martinez@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Pensionado de			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	
2022-07	2022-07		08/08/2022	80931833	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Liquidar Pensión	Exonerado Aportes	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONVENCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod 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	80931833	ARCHBOLD MARTINEZ ALAN	X		X																		23434	309.400	309.400	0	0	0	0	EPS007	309.400	309.400	14-01	309.400	3	34.428	CCF21	309.400	26.928	0	0	0	0	0

Generado por Compensar - Aplicación Web - PILA - Operación 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:	ARZUZA PACHECO ARLENCY PATRICIA		217357
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	44156277
CORREO	patriciaarsuza14@hotmail.	CELULAR	3105700581
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	327156386		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8136-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44699	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54528	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64886	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5228	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18149	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24642	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25320	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27960	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36446	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36445	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,036,917
VALOR EJECUTADO:	52,036,917
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
4459138571	187,000	239,400	3	36,500	0	462,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Patricia Arzuza 44156277
ARZUZA PACHECO ARLENCY PATRICIA
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.

	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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ARZUZA PACHECO ARLENCY PATRICIA

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA- FERIAS
No. DE CONTRATO 8135	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ARLENCY PATRICIA ARZUZA PACHECO	DOCUMENTO:44156277						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como auxiliar de enfermeria en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Partícipar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Partícipar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Desarrollo de recorrido en calle con acciones de enganche y convocatoria.	acciones de enganche, acogida y convocatorias para la participación de las actividades de los CE. En este proceso deben participar todos los perfiles y se deberá evidenciar en la ficha técnica el lugar donde se desarrollará el recorrido y su énfasis o temática abordar
4.Educación y comunicación para la salud (Acciones lúdico pedagógicas)	Construcción de conocimientos y aprendizajes mediante el dialogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas de los sectores, organizaciones y redes
5.Tamizajes	Se realizará aplicación y asesoría de 50 de pruebas para VIH, Sífilis y hepatitis B, para personas de los sectores LGBTI con especial énfasis en mujeres Lesbianas; personas no binarias, y hombres trans,
6.Asesoría Psicosocial y en Salud.	Se informa y orienta en aspectos relevantes en salud que propicien motivaciones frente al cambio de percepciones, prácticas, comportamientos, actitudes, o que movilicen hacia la generación de cuidado.
7.Seuimiento a casos reactivos	El Seguimiento de casos hace referencia a las acciones realizadas en los casos de resultados reactivo para VIH y positivo para Sífilis y hepatitis

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

Patricia Arzuza

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ARLENCY PATRICIA ARZUZA PACHECO
CC: 44156277

Fecha : 31 / 08 / 2022

supervisor. Firma de recibido

Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	44156277
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ARLENCY PATRICIA ARZUZA PACHECO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 95 A 49	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	57-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros productos, equipo [illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4459136571	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2022
DIAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/08/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	3991025554

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 239.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 239.400	$ 0	$ 239.400
SUBTOTALES:										$ 239.400	$ 0	$ 239.400

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 187.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.000	$ 0	$ 0	$ 187.000
SUBTOTALES:													$ 187.000	$ 0	$ 0	$ 187.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA			$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 36.500
SUBTOTALES:									$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 36.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES
1	CC 44156277	ARZUZA PACHECO ARLENCY PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.496.000	230301-PORVENIR	30	$ 1.496.000	$ 239.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.496.000	$ 187.000	$ 0	$ 187.000	14-11-ARL SURA	30	$ 1.496.000	$ 44156277	$ 36.500	$ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0

TOTAL **$ 462.900**

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:	CLEVER AVELLANEDA GREDYS		217386
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52166951
CORREO	gredysclever@yahoo.com	CELULAR	3132412384
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	04911174354		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8138-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44690	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54531	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64835	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5230	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16096	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18147	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24638	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25316	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27956	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36440	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36438	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	53,343,685
VALOR EJECUTADO:	53,343,685
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Gredys Clever - 52166951
CLEVER AVELLANEDA GREDYS
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.

60999375	187,500	240,000	3	36,600	0	464,100
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Gredys Clever - 52166951

CLEVER AVELLANEDA GREDYS

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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:	Salud Publica- Ferias		
No. DE CONTRATO: 8138-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GREDYS CLEVER AVELLANEDA	DOCUMENTO: 52166951							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como psicologa profesional en el Marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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 clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	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 entorno.
3. Tamizajes: Estas actividades surgen de los recorridos tamizajes, las actividades de educación y comunicación para la salud o remitidas por otras entidades o procesos para un acompañamiento inicial	Actividades de identificacion de riesgo,aplicación de tamizajes rapidos VIH- sifilis, hepatitis B, canalizaciones y seguimientos
4. Asesorias individuales: Se enfocan la identificación de riesgos individuales en salud mental, recorridos en calle, prevención de eventos o trastornos mentales, salud sexual y reproductiva y fortalecimiento de redes de apoyo en el entorno familiar, social y comunitario entre otros temas.	Asesorias en salud, recorridos en calle y actividades de ruta

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS MCTE

Gredys Clever A.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Gredys Clever Avellaneda

C.C. 52166951

Fecha: 31/08/2022

Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	52156951	GREDYS CLEVER AVELLANEDA	KR 10 ESTE # 45 SUR - 87	7749529	gredysclever@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	1 - 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
2022-07	2022-07	1	10/08/2022	80999973	TOTAL A PAGAR	
					$464.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código APP	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
23-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	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	800937760-5	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.100	464.100

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	52166951	GREDYS CLEVER AVELLANEDA		KR 10 ESTE # 45 SUR - 87	7749529	gredysclever@yahoo.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	
2022-07	2022-07	I	10/08/2022	60959375	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES
No	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombre	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	CC	[illegible]	CLEVER AVELLANEDA GREDYS	57	0			N	

PENSIÓN						
Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia
25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0

SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
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
EPS005	1.500.000	187.500	[illegible]	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	BAEZ SALDAÑA JENNIFER		217550
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1010173372
CORREO	null	CELULAR	3105549954
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	19	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	111200223672		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8139-2021 — Nº DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44683	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54533	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64626	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5231	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18146	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24636	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25314	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27954	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36435	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36434	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	47,433,973
VALOR EJECUTADO:	47,433,973
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
57700314	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENNIFER BAEZ S. CC 1010173372
BAEZ SALDAÑA JENNIFER
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA- PIC	
No. DE CONTRATO: 8139- 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JENNIFER BAEZ SALDAÑA	DOCUMENTO: 1010173372							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicologa en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Participacion de la Asistencia Tecnica por parte de la SDS sobre el producto Fortalecimiento comunitario para el cuidado de la salud	Asistencia Tecnica (actas, listados de reunión, Pantallazos de reuniones)
4. Actividades de concertacion y apropiacion de las actividades puestas por el lineamiento para el producto Fortalecimiento comunitario para el cuidado de la salud.	Elaboracion de los Directorios de lideres disponibles, Construccion del Plan de Accion, Proyeccion de Cronograma (Actas, pantallazos reuniones)
5. Articulacion con referentes y lideres de los barrios y localidades priorizados, para la concertacion de actividades y la elaboracion del directorio.	Articulaciones con lideres, referentes e Instoricopmes (Actas, Pantallazos de reuniones)
6. Desarrollo de Actividades de Informacion, Educacion y Comunicacion con las diferentes poblaciones abordadas en el proceso, en temas de mitigacion del riesgo en COVID-19, el fomento de habitos saludables para la prevencion del contagio, y temas de interes de los grupos de mujeres.	Actividades de Informacion, Educacion y Comunicacion (Actas, Pantallazos Reuniones, Diligenciamiento del directorio de lideres)

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

JENNIFER BAEZ S.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 1010173372

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor. DRA SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

ARUS

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-08-11, 10:53:39 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2022
Empresa	JENNIFER BAEZ SALDANA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1010173372
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	57700314
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1598425384
Banco	(1062) - BANCO FALABELLA
Valor	$ 492.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 239.200	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 186.900	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 36.500	$ 0
N860007336	CCF22	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	1	$ 29.900	$ 0
			SubTotales:	$ 492.500	$ 0
			Total a Pagar:		$ 492.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 386 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517886.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	BARAJAS ESPINOSA MANUEL FERNANDO		217503
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80095056
CORREO	manuelfbarajas@hotmail.	CELULAR	3125832229
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	91210900921		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8140-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44678	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54534	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	67905	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5232	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16091	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18145	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24634	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25311	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27952	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36432	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36430	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	19,285,324
VALOR EJECUTADO:	19,277,629
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,429,373
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	185
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,695
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

80095056

BARAJAS ESPINOSA MANUEL FERNANDO

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - PIC FERIAS
No. DE CONTRATO: 8140	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MANUEL FERNANDO BARAJAS ESPINOSA	DOCUMENTO: 80095058						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor comunitario barrista en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Desarrollar actividades orientadas al mejoramiento de calidad de vida de la comunidad barrista mediante estrategias de fortalecimiento de habilidades psicosociales que permiten la prevención de violencias, prevención del suicidio y la sana convivencia; así como actividades que se orientan hacia los habitos saludables, el desarrollo de actividad física, el cuidado del medio ambiente, entre otras actividades.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Realización de informe cualitativo y cuantitativo mensual, tablero de control	Sistematización de resultados de las acciones, en los informes cuali-cuantitativos y el tablero control.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,429,373 UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MANUEL FERNANDO BARAJAS ESPINOSA CC: 80095058	Fecha: 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	80095056	MANUEL FERNANDO BARAJAS ESPINOSA	Cra 59 # 132a08 Piso 2	3004601	manuelfbarajas@HOTMAIL.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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	16/08/2022	90632538	$310.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	5	600	0	125.600	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	160.000	0	0	0	0	5	700	0	160.700	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	830903790-5	24.400				24.400	5	200	24.600			244	24.600	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	125.000	125.600
Pensión	1	160.000	160.700
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	310.900

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	80085056	MANUEL FERNANDO BARAJAS ESPINOSA		Cra 59 # 132a08 Piso 2	3004501	manuelfbarajas@HOTMAIL.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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	16/08/2022	80832538	$310.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegiado	Sotegra	Extranjero	Cotiz. Exterior Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días cotiz.	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80085056	BARAJAS ESPINOSA MANUEL FERNANDO	29	0		N																	230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.405		0	0	0	0	0	0	0

PAGADO A

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

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	BARBOSA CARVAJAL DAVID ALEXANDER		217912
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1040031586
CORREO	dabidbarbosasubrednorte@g	CELULAR	3184300891
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	476100093188		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8141-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44675	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54535	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60966	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65524	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5233	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18144	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24632	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25310	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27951	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36428	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36427	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PROFESIONAL EN ARTES

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,808,165
VALOR EJECUTADO:	50,808,165
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según plapilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C 1040031586
BARBOSA CARVAJAL DAVID ALEXANDER
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.

61047819	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Cc 1040031886

BARBOSA CARVAJAL DAVID ALEXANDER

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACION	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADADO				UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS.	
No. DE CONTRATO: 8141-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DAVID ALEXANDER BARBOSA CARVAJAL	DOCUMENTO: 1040031586						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Profesional en Artes en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
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 Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de gestión del riesgo, reinducción del Plan de intervenciones Colectivas, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) :3.736.514 tres millones setecientos treinta y seis mil quinientos catorce mil pesos.

DAVID ALEXANDER BARBOSA CARVAJAL
CC: 1040031586

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ Fecha:

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1040031586	DAVID ALEXANDER BARBOSA CARVAJAL	CARRERA 74 # 4 - 05	6017978636	barbosadavid@unisimon.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - 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	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	61047819	$462.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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
230301	Porvenir	800224508-8	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARL SURA	830903780-5	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	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	186.900	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	462.600

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	1040031586	DAVID ALEXANDER BARBOSA CARVAJAL	CARRERA 74 # 4 - 05	6017978636	barbosadavid@javeriana.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	
2022-07	2022-07	1	12/08/2022	91047819	$462.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Actualización	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONVENCIÓN	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
CC	1040031586	BARBOSA CARVAJAL DAVID ALEXANDER	59	0			N						X											25030	1.494.600	238.200	0	0	0	0	EPS008	1.494.600	186.900	14-17	1.494.600	3	36.500		0	0	0	0	0	0	0

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 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:	BARRERA AGUILAR DIANA PAOLA		217566
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1013622561
CORREO	diana9114@gmail.com	CELULAR	3138882322
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24525225690		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8144-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44662	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54539	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64049	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5234	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16086	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18143	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24629	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25307	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27949	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36426	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36424	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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:	68,810,357
VALOR EJECUTADO:	68,810,357
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA BARRERA
BARRERA AGUILAR DIANA PAOLA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO					**UNIDAD:**		**Salud publica-Ferias**	
No. DE CONTRATO: 8144-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**08**	**2022**	**31**	**08**	**2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PAOLA BARRERA AGUILAR	**DOCUMENTO: 1013622561**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicologa clinica en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Profesional universitario 3.profesional especializado 3.plan de accion centro de escucha para el acondicionamiento fisico y salud mental, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Plan de accion, aplicación de las encuestas y reporte semanal en la matriz de seguimiento, identificacion de escenarios comunitario ,concertaciones de actores comunitario para el centro de escucha acondicionamiento fisico y salud mental e implementación de centros de escucha, informe mensual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (4,886,080) Cuatro millones ochocientos ochenta y seis mil, cero ochenta pesos

DIANA PAOLA BARRERA AGUILAR CC 1013622561	Fecha : 19/05/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013622561		BARRERA AGUILAR DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31 NO 6L SUR NO 21A - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7681653	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	161580213 9	9437974999	I	2022/09/14	2022/08/23	BANCO DAVIVIENDA	0	$604,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,800	$0	$0	$312,800
PORVENIR	230301	800,224,808	3	1	$312,800	$0	$0	$312,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$47,700	$0	$0	$47,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$47,700	$0	$0	$47,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,400	$0	$0	$244,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$244,400	$0	$0	$244,400
TOTAL				1	$604,900	$0	$0	$604,900

2022/08/23 12:13 PM

aportes en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013622564		BARRERA AGUILAR DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31 NO 6C SUR NO 21A - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7681653	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1615802139	9437974999	I	2022/09/14	2022/08/23	BANCO DAVIVIENDA	0	$664,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,954,432	$312,800			$1,954,432	$244,400			$0	$0			$1,954,432	$47,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,954,432	$312,800			$1,954,432	$244,400			$0	$0			$1,954,432	$47,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,954,432	$312,800			$1,954,432	$244,400			$0	$0			$1,954,432	$47,700		$0	$0
1	CC	1013622564	BARRERA DIANA		230301	30	$1,954,432	$312,800	EPS017	30	$1,954,432	$244,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,954,432	$47,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,954,432	$312,800			$1,954,432	$244,400			$0	$0			$1,954,432	$47,700		$0	$0

2022/08/23 12:13 PM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	BAUTISTA FERNANDEZ HEIDY CONSTANZA		217194
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1013626763
CORREO	hbfmarialuisa@gmail.com	CELULAR	3107775692
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488404794304		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8145-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44657	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54540	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60968	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65752	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5235	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18142	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24627	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25305	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27948	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36423	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36422	FECHA	16/08/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	31,564,012
VALOR EJECUTADO:	31,564,012
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,065,887
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	248
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

Dado en Bogotá. Lo anterior para que se realice 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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Heidy Bautista 1013626763
BAUTISTA FERNANDEZ HEIDY CONSTANZA
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.

1047368708	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BAUTISTA FERNANDEZ HEIDY CONSTANZA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 8145-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HEIDY CONSTANZA BAUTISTA FERNANDEZ	DOCUMENTO: 1013626763						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales, a Los Habitantes de Calle, mediante el	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las personas con discapacidad	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,065,687PESOS M/CTE TRES MILLONES SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Heidy Bautista 1013626763

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.

HEIDY CONSTANZA BAUTISTA FERNANDEZ

CC: 1013626763

Fecha 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:

DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-08, 11:18:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1047368708

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8847386240

PAGADO 08/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HEIDY CONSTANZA BAUTISTA FERNANDEZ		
Documento	CC1013626763	**Dirección**	KRA 9BIS A 49F-46 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107775692
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRL	RET	RET P.	TDF	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días ccf	Admin-ersadora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013626763	HEIDY CONSTANZA BAUTISTA FERNANDEZ	59	00																	6	00	30	30	30	23030301: PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	EPS037: FAMISANAR EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	2.436	$ 1.000.000	$ 24.400	CCF72: COLSUBSIDIO	$ 1.000.000	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400	$ 0	$ 329.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogota 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 56 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente esta en nuestras manos.

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	BELEÑO BANDERA MARIA DE LOS ANGELES			217475
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	57427409	
CORREO	mariangelbel@gmail.com	CELULAR	3153899073	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	3195543762		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8146-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44652	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54541	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64883	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5236	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18141	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24626	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25303	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27947	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36421	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36420	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,295,765
VALOR EJECUTADO:	51,295,765
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
60923545	187,900	240,500	3	36,700	0	465,100

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

oc 57427409

BELEÑO BANDERA MARIA DE LOS ANGELES
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		Salud Publica -Pic
No. DE CONTRATO: 8146-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: María de los Angeles Beleño Bandera	DOCUMENTO:57427409						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Enfermera en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes RAPIDOS VIH, SIFILIS,HEPATITIS B,PRUEBAS CONFIRMATORIAS asesoria en salud sexual y reproductivas, canalizaciones	actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes Rapidos VIH - SIFILIS, Hepatis B canalizaciones y seguimientos entrega de kit de reduccion de daños
4. Participar en actividades de desarrollo de encuentros comunitarios	Desarrollo de encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de base,

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (numero y letras) M/CTE ($) (3.736.514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

MARIA DE LOS ANGELES BELEÑO BANDERA
CC: 57427409

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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	57427409	MARIA DE LOS ANGELES SELEÑO BANDERA	dl 151D 133-02	4943325	mariangelbsf@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	
2022-07	2022-07	I	10/08/2022	60923545	$465.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	186.900	0		0		0	6	1.000	0	187.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	239.200	0	0	0	0	6	1.300	0	240.500	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	36.500				36.500	6	200	36.700			365	36.700	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	186.900	187.900
Pensión	1	239.200	240.500
Riesgos Laborales	1	36.500	36.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	465.100

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	57427409	MARIA DE LOS ANGELES BELEÑO BANDERA	dll 151D 133-02	4943325	mariangelbol@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	I	10/08/2022	60923545	$465.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Soltero	Extranjero	Cotiz. exterior	Dependiente	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	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
CC	57427409	BELEÑO BANDERA MARIA DE LOS ANGELES	SI	0			N																	230301	1.495.000	239.200	0	0	0	0	EPS002	1.495.000	165.900	14-11	1.495.000	3	36.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	BELTRAN PACHECO NICOLAS DARIO		217585
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014255330
CORREO	nic-dar@hotmail.com	CELULAR	3103424354
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24199677671		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8147-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44648	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54543	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64571	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5237	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16084	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18140	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24624	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25300	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27945	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36419	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36418	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,217,749
VALOR EJECUTADO:	51,217,749
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BELTRAN PACHECO NICOLAS DARIO CC 1014255330
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.

9438668054	187,600	240,600	3	36,700	0	464,900
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 1014255330

BELTRAN PACHECO NICOLAS DARIO

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.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACION	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:				
No. DE CONTRATO: 8147	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NICOLAS DARIO BELTRAN PACHECO	DOCUMENTO:1014255330						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicólogo en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Desarrollo de recorrido en calle con acciones de enganche y convocatoria.	acciones de enganche, acogida y convocatorias para la participación de las actividades de los CE. En este proceso deben participar todos los perfiles y se deberá evidenciar en la ficha técnica el lugar donde se desarrollará el recorrido y su énfasis o temática abordar
4.Educación y comunicación para la salud (Acciones lúdico pedagógicas)	Construcción de conocimientos y aprendizajes mediante el dialogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas de los sectores, organizaciones y redes
5.Tamizajes	Se realizará aplicación y asesoría de 50 de pruebas para VIH, Sífilis y hepatitis B, para personas de los sectores LGBTI con especial énfasis en mujeres Lesbianas; personas no binarias, y hombres trans.
6.Asesoría Psicosocial y en Salud.	Se informa y orienta en aspectos relevantes en salud que propicien motivaciones frente al cambio de percepciones, prácticas, comportamientos, actitudes, o que movilicen hacia la generación de cuidado.
7.Seuimiento a casos reactivos	El Seguimiento de casos hace referencia a las acciones realizadas en los casos de resultados reactivo para VIH y positivo para Sífilis y hepatitis

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA. NICOLAS DARIO BELTRAN PACHECO
CC: 1014255330

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido
supervisor:
Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014255330		BELTRAN PACHECO NICOLAS DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26 # 74-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103424354	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1599736919	9438668054		2022/08/08	2022/08/12	BANCOLOMBIA	4	$464,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,495,200	$239,300			$1,495,200	$186,900			$0	$0			$1,495,200	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,495,200	$239,300			$1,495,200	$186,900			$0	$0			$1,495,200	$36,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,495,200	$239,300			$1,495,200	$186,900			$0	$0			$1,495,200	$36,500		$0	$0
1	CC 1014255330	BELTRAN NICOLAS	230201	30	$1,495,200	$239,300	EPS008	30	$1,495,200	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,495,200	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,495,200	$239,300			$1,495,200	$186,900			$0	$0			$1,495,200	$36,500		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014255330		BELTRAN PACHECO NICOLAS DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26 # 74-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103424354	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1599736919	9438668054	I	2022/08/08	2022/08/12	BANCOLOMBIA	4	$464,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,300	$900	$0	$240,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$239,300	$900	$0	$240,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$200	$0	$36,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$200	$0	$36,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$700	$0	$187,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$186,900	$700	$0	$187,600
TOTAL				1	$462,700	$1,800	$0	$464,500

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:	BERMUDEZ GOMEZ ANDRES FELIPE												217893
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1030621321				
CORREO	andresfelipe.				CELULAR				3194461805				
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y				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	10				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	24087229431												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8151-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44625	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54558	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65853	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5239	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18139	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24623	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25298	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27388	FECHA	30/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27944	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36417	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36416	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN ARTES

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	32,486,724
VALOR EJECUTADO:	32,486,723
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1030621321
BERMUDEZ GOMEZ ANDRES FELIPE
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.

	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 GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8151-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	22	31	8	22
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDRES FELIPE BERMUDEZ GOMEZ	DOCUMENTO: 1030621321						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TECNICO EN ARTES							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4.Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5.Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas Integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 2,299,415 DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE pesos

ANDRES FELIPE BERMUDEZ GOMEZ CC: 1030621321	Fecha : 31/05/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-08-10. 10:21:01 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1048108514

Periodo Cotización 202207 **Periodo Servicio** 202207

Cliente:

PAGADA 2022-08-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES FELIPE BERMUDEZ GOMEZ				
Documento	CC 1030621321	**Dirección**	CLL 44 # 79 - 10		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7505380		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030621321		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					BERMUDEZ GOMEZ ANDRES FELIPE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	30	0			230201		16 %	$ 1.013.800	$ 162.300	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.013.800	$ 126.800	$ 0	F4-11	3	2,436 %	$ 1.013.800	$ 24.700	NIN-CO	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 162.300	$ 0	$ 0	$ 126.800	$ 24.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 313.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUM LIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PREST CIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE S ERVICIOS DE SALUD NORTE E. S.E	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BERNAL MARTINEZ DIANA ALEXANDRA		217420
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52494585
CORREO	kirusoon@hotmail.com	CELULAR	3144162439
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	67397781370		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8152-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44618	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54559	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64920	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5240	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16078	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18138	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24621	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25296	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27943	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36415	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36414	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,937,988
VALOR EJECUTADO:	52,937,988
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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 BOCANEGRA HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Bernal cc 52494585

BERNAL MARTINEZ DIANA ALEXANDRA

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.

9438654086	271,100	290,700	3	44,300	0	606,100
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BERNAL MARTINEZ DIANA ALEXANDRA

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica PIC	
No. DE CONTRATO: 8152-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA ALEXANDRA BERNAL	DOCUMENTO:52494585							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicologo en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, notificacion VESPA, canalizaciones	actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, canalizaciones y seguimientos
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	Desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CERO QUINIENTOS CATORSE PESOS

DIANA ALEWXANDRA BERNAL MARTINEZ

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 52494585

Fecha: 31 / 08 / 2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52494585		SERNAL MARTINEZ DIANA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 64A # 73BIS - 65	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4340649	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	16264132897	943946540	S	2022/08/12	2022/08/3	NEQUI	11	$700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No	Identificacion		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,000	$300			$2,000	$200			$0	$0			$2,000	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$2,000	$300			$2,000	$200			$0	$0			$2,000	$0		$0	$0
1	CC	52494585	SERNAL DIANA	55-64	30	($1,816,400)	($290,700)	EPS006	30	($1,816,400)	($227,100)		0	$0	$0	14-11	30	($1,816,400)	($544,300)	0	$0	$0
2	CC	52494585	SERNAL DIANA	25-54	30	$1,816,400	$291,000	EPS006	30	$1,816,400	$227,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,816,400	$544,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,000	$300			$2,000	$200			$0	$0			$2,000	$0		$0	$0

2022/08/30 02:05 PM

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:	BOHORQUEZ RAMIREZ BLANCA RAQUEL		216928
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	20774165
CORREO	bohorquez.raquel@gmail.	CELULAR	3143402942
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488404338862		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8153-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44610	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54560	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60969	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	67922	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 5	69622	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 6	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	5241	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 7	16073	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 8	18137	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	24620	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 10	25294	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 11	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 11	27942	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36413	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 13	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 13	36411	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,789,886
VALOR EJECUTADO:	20,782,206
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,784,784
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	231
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

20774165

BOHORQUEZ RAMIREZ BLANCA RAQUEL
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.

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
1048169416	125,000	0	3	24,400	0	149,400
	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 Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

20774165
BOHORQUEZ RAMIREZ BLANCA RAQUEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**Salud Pública - Ferias**	
No. DE CONTRATO: 8153-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO		1	08	2022	31	08	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BLANCA RAQUEL BOHORQUEZ RAMIREZ	**DOCUMENTO: 20774165**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AGENTE DE CAMBIO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Gestor Comunitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios de Salud Norte	Información, asesoría y seguimiento presencial a familias con personas con discapacidad
	Información, asesoría y seguimiento presencial al Grupo red de cuidado colectivo - Red de cuidadoras/es, Gestores por el cuidado de la salud y la inclusión, Desarrollo de capacidades para la inclusión en adolescentes y jóvenes y Encuentro Interlocal de RBC con enfoque diferencial
	Convocatoria y activación de rutas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (1,784,784): M/CTE ($) UN MILLÓN SETECIENTOS OCHETA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

BLANCA RAQUEL BOHORQUEZ RAMIREZ
CC: 20774165

Fecha: 31/08/2022
Firma de recibido Supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HRNANDEZ

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-12, 12:04:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048169416

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8838267800

PAGADO 12/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BLANCA RAQUEL BOHORQUEZ RAMIREZ		
Documento	CC20774185	**Dirección**	CARRERA 102 N° 69 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143402942
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 20774185	BLANCA RAQUEL BOHORQUEZ RAMIREZ	59	00																0	30	30	0	(NINGUNA) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,000,000	$ 125,000	2.40%	$ 1,000,000	$ 24,000	(NINGUNA) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149,000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1,000,000	$ 1,000,000	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 24,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149,000	$ 0	$ 149,000

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 4448634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

ZARETH ALEXANDRA CORREA CALDERON
SUBDIRECTOR DETERMINACION IX FUNCION ASIG SUB III
COLPENSIONES

JOHANA MARIBEL NARANJO GALINDEZ
ANALISTA COLPENSIONES

JESUALDO MUNOZ MANJARRES

COL-VEJ-03-501,2

SUB 57196
07 MAR 2019

Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DIAS	VALOR CUOTA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	10145	$828,116.00

El disfrute de la presente pensión será a partir de 1 de febrero de 2019, es decir, al día siguiente de la última cotización al Sistema General de Pensiones.

Son disposiciones aplicables: Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, Acto Legislativo 01 de 2005 y Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer el pago de una Pensión de VEJEZ a favor de la señora **BOHORQUEZ RAMIREZ BLANCA RAQUEL**, ya identificada, en los siguientes términos y cuantías:

El disfrute de la pensión será a partir de 1 de febrero de 2019

2019 $828,116

LIQUIDACION RETROACTIVO	
CONCEPTO	VALOR
Mesadas	$828,116
Mesadas Adicionales	0.00
Descuentos en Salud	$99,400
Valor a Pagar	$728,716

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación, será ingresada en la nómina del periodo 201903 que se paga en el periodo 201904 en la central de pagos del banco BANCOLOMBIA C. P. de BOGOTA DC CL 72 8 56 CENTRO DE PAGOS CALLE 72.

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la ley 100 de 1993 en EPS FAMISANAR.

ARTÍCULO CUARTO: Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DIAS	VALOR CUOTA
COLPENSIONES	10145	$828,116.00

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese a la Señora **BOHORQUEZ RAMIREZ BLANCA RAQUEL** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la

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:	BULLA MELO CARLOS JULIAN		216744
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1022396539
CORREO	cjbullam@gmail.com	CELULAR	3102715746
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	7170610575		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8155-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44605	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54563	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60970	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65353	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5242	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16063	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18136	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24618	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25290	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27939	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36410	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36409	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,008,501
VALOR EJECUTADO:	50,008,501
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C 1.072 396 539
BULLA MELO CARLOS JULIAN
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60205149	183,300	234,600	3	35,800	29,400	483,100
60516322	3,600	4,600		700	500	9,400
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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BULLA MELO CARLOS JULIAN

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud publica-PIC
No. DE CONTRATO: 8155 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS JULIAN BULLA MELO	DOCUMENTO: 1022396539						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Ingeniero Ambiental Para el area de la salud publica – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad Caracterizacion barrial localidad de Teusaquillo, barrio Palermo. Apoyo en acciones de Información y comunicación localidad de Teusaquillo. Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotograficos , mapas de recorridos.
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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad. 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. Acta, listado de reunión
3. Gestión del cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitarioen el barrio priorizado por SDS Localidad Teusaquillo barrio Palermo, dónde se desarrollan las siguientes actividades, planificacion de acciones, recorrido territoria, implementación estrategia Hola Vecino, recorrido barrial e identificación de actores y caracterización barrial.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Tres Millones Setesclentos Treinta y Seis Mil Quinientos Catorce Pesos): M/CTE ($3.736.514)

CARLOS JULIAN BULLA MELO
CC: 1022396539

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor SANDRA MILENA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1022398539	CARLOS JULIAN BULLA MELO	Calle 4 f 53 c 05	3102715748	cjbullam@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTA, 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	
60205149	12/07/2022				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-07	2022-07	N	08/08/2022	60518322	TOTAL A PAGAR	
					59,400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	3.600	0		0		0	0	0	0	3.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.600	0	0	0	0	0	0		4.600	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	830031290-5	700				700	0	0	700			7	700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	500	0	0	500	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	3.600	3.600
Pensión	1	4.600	4.600
Riesgos Laborales	1	700	700
CCF	1	500	500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	9.400	9.400

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:	CARDENAS GUTIERREZ LADY CAROLINA		216894
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1057591689
CORREO	KAROLINE.CARDENAS1@LIV	CELULAR	3204129478
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	832012595		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8160-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44582	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54570	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64569	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5246	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18135	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24615	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25288	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27938	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36408	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36406	FECHA	16/08/2022

OBJETO: POLITOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	47,433,973
VALOR EJECUTADO:	47,433,973
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9438267045	183,300	234,600	3	35,800	0	453,700

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARDENAS GUTIERREZ LADY CAROLINA
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.

9438677363	3,600	4,600	700	0	8,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carolina Cardenas

CARDENAS GUTIERREZ LADY CAROLINA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		SALUD PUBLICA FERIAS		
No. DE CONTRATO: 8160-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LADY CAROLINA CARDENAS GUTIERREZ	DOCUMENTO: 1057581689						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - POLITOLOGA 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 (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales,mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas específicas que aportan a la construcción de hábitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las población.	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3,736,514)

Carolina Cardenas G.

LADY CAROLINA CARDENAS

CC 1.057.581.689

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057591689		CARDENAS GUTIERREZ LADY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 104B # 45A - 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598791860	9-38577363	N	2022/08/22	2022/08/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$8,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$29,000	$4,600			$29,000	$3,600			$0	$0			$25,000	$700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$29,000	$4,600			$29,000	$3,600			$0	$0			$25,000	$700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$29,000	$4,600			$29,000	$3,600			$0	$0			$25,000	$700		$0	$0
1	CC	1057591689	CARDENAS LADY	230305	30	($1,465,700)	($234,600)	EPS017	30	($1,465,700)	($183,300)		0	$0	$0	64-11	30	($1,465,700)	($35,800)	0	$0	$0
2	CC	1057591689	CARDENAS LADY	230305	30	$1,494,700	$239,200	EPS017	30	$1,494,700	$186,900		0	$0	$0	64-11	30	$1,494,700	$36,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$29,000	$4,600			$29,000	$3,600			$0	$0			$25,000	$700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057591689		CARDENAS GUTIERREZ LADY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 104B # 15A - 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598791860	94838677363	I	2022/08/22	2022/08/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$8,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$4,600	$0	$0	$4,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$700	$0	$0	$700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$700	$0	$0	$700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,600	$0	$0	$3,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$3,600	$0	$0	$3,600
TOTAL				1	$8,900	$0	$0	$8,900

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:	CARRILO SANCHEZ NATALY		217577
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014200659
CORREO	saludambiente10@gmail.	CELULAR	3204760403
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	67397780829		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3162-2021 — Nº DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44571	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54573	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64568	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5247	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18134	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24614	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25285	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27935	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36404	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36403	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ADMINISTRADOR AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9438735954	187,600	240,100	3	36,700	30,100	494,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARRILO SANCHEZ NATALY
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.

impulsado por CamScanner

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				**UNIDAD:**		**Salud Publica - PIC**		
No. DE CONTRATO: 8162 - 2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Nataly camilo sánchez	**1014200659**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Administradora Ambiental en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3.Ejecutar acciones de información y comunicación en salud ambiental acciones de información y comunicación en la línea de hábitat, espacio público y movilidad y la Política Distrital de Salud Ambiental, en la ruralidad de las localidades de chapinero, usaquen y suba.	Formatos se sesiones colectivas, Registro fotográfico, diligenciamiento de matrices y DRIVE

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3,736,514)

Nataly camilo sanchez CC: 1014200659	Fecha: 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

impulsado por CamScanner

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:	CASTRO CARVAJAL ESTEBAN		217063
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1001059887
CORREO	estebanccnba@gmail.com	CELULAR	3158398984
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	03222100040		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8165-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44555	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54575	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66983	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5248	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16060	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18133	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24516	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25281	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27934	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36400	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36399	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	19,856,156
VALOR EJECUTADO:	19,848,476
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,784,784
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	231
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Esteban Castro Concejal
C.C 1001059887
CASTRO CARVAJAL ESTEBAN
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.

61043350	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Esteban Castro Carvajal

C.C 1001059887

CASTRO CARVAJAL ESTEBAN

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO.					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-FERIAS
No. DE CONTRATO: 8165-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ESTEBAN CASTRO CARVAJAL	DOCUMENTO: 1001059887						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AGENTES DE CAMBIO - GESTOR COMUNITARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las nesecidades de la institucion.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Fortalecimiento en atencion de salud a todo grupo poblacional, fortalecimientos de modos y habitos cuidadores en las ciudadanas y ciudadanos	Realizar acciones colectivas dirigida a la poblacion de todos los cursos de vida para promover el cuidado de la salud

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): *M/CTE ($) (1,784,784) UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($)*

Esteban Castro Carvajal

ESTEBAN CASTRO CARVAJAL

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 1001059887

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1001059887	ESTEBAN CASTRO CARVAJAL	CRA 141B 144-36 CASA 11 MZ 1	9297787	estebancorba@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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	17/08/2022	91043350	$309.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	$125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1001059867	ESTEBAN CASTRO CARVAJAL		CRA 141B 144-36 CASA 11 MZ 1	9297787	estebancorba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTA, 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
2022-07	2022-07	I	17/08/2022	81043350	TOTAL A PAGAR	
					$309,400	

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	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1001059867	CASTRO CARVAJAL ESTEBAN	79	0			V																230201	1000000	160000	0	0	0	0	EPS017	1000000	126000	14-11	1000000	3	24400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADO

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

Secretaría Distrital 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:	CASTRO CASTAÑEDA PEDRO MAURICIO		217509
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80205133
CORREO	pmcastroc10@gmail.com	CELULAR	null
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	451870001711		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8166-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44549	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54577	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64823	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69624	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5249	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18132	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24514	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25279	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27933	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36397	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36395	FECHA	16/08/2022

OBJETO: EDUCADOR FISICO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	54,104,341
VALOR EJECUTADO:	54,104,341
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTRO CASTAÑEDA PEDRO MAURICIO
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.

61001337	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTRO CASTAÑEDA PEDRO MAURICIO
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADADO			UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS.		
No. DE CONTRATO: 8166-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PEDRO MAURICIO CASTRO CASTAÑEDA	DOCUMENTO: 80205133						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Licenciado (a) en Educación Física en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico 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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de gestión del riesgo, reinducción del Plan de Intervenciones Colectivas, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) :3.736.514 tres millones setecientos treinta y seis mil quinientos catorce pesos

Mauricio castro

PEDRO MAURICIO CASTRO CASTAÑEDA

CC:80205133

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Fecha:

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **PEDRO MAURICIO CASTRO CASTAÑEDA**, identificada con **CC** número **80205133**, aportó por el empleado **PEDRO MAURICIO CASTRO CASTAÑEDA**, identificado(a) con **CC** número **80205133** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **61001337** para el periodo de salud **2022-07** y pensiones **2022-07** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	090903790	59	0															0		30	$1.495.000	0,02436	3		$36.500	$0	$0	Julio - 2022	61001337	10/08/2022	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.495.000	0,16000			$239.200	$0	$0	Julio - 2022	61001337	10/08/2022	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0															0		30	$1.495.000	0,12500			$186.900	$0	$0	Julio - 2022	61001337	10/08/2022	N

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Octubre de 2022

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar operador de información

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:	CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH		217970
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1051589102
CORREO	chirivilizeth11@gmail.com	CELULAR	3102518557
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4570210635		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8171-2021 — Nº DE PAGOS DEL CONTRATO:

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44435	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54584	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64876	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69626	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5251	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16055	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18130	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24512	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26577	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27931	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36394	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36393	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	56,578,012
VALOR EJECUTADO:	56,578,012
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,158,378
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	207
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edna Lizeth Chirivi Barrera 1051589102
CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9437520089	183,300	234,500	3	35,800	29,400	483,000
9438622637	43,800	56,100		8,500	7,000	115,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edna Lizeth Chirivi Barrera 1051589102
CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH
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 Distrital de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

AREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		PIC SALUD PUBLICA	
NO. DE CONTRATO: 5171-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDNA LIZETH CHIRIVI BARRERA	DOCUMENTO: 1051589102							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TERAPEUTA OCUPACIONAL en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con tamas de calidad
3. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	Desarrollo de espacios comunitarios
4.Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar Informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otros.
5. Participar en actividades de jornadas de prevencion de consumo nocivo de alcohol	listas y actas
6. Identificacion del riesgo para poblacion que consume sustancias psicoactivas	formatos de evaluacion
7.entuentros comunitarios	listas y actas

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 4,158,378 CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE

Edna Lizeth Chirivi Barrera	Fecha: 19/05/2022
EDNA LIZETH CHIRIVI BARRERA	Supervisor(a)
C.C. 1051589102	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Princ pal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051589162		CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 89 # 19a-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4314951	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	15926413O3	94375220659	I	2022/08/02	2022/08/02	BANCO DAVIVIENDA	6	$485,709

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,465,620	$234,500			$1,465,620	$183,300			$1,465,620	$29,400			$1,465,620	$35,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Dpto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,465,620	$234,500			$1,465,620	$183,300			$1,465,620	$29,400			$1,465,620	$35,800		$0	$0
1	CC	1051589162	CHIRIVI EDNA		230301	30	$1,465,620	$234,500	ESS030	30	$1,465,620	$183,300	CCF24	30	$1,465,620	$29,400	14-11	30	$1,465,620	$35,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)							$1,465,620	$234,500			$1,465,620	$183,300			$1,465,620	$29,400			$1,465,620	$35,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051589162		CHIRA BARRERA EDNA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 89 # 19a-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4314951	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1644271783	94388900279	I	2022/09/02	2022/09/08	BANCO DAVIVIENDA	6	$485,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: **PRINCIPAL** (1 Afiliados)							$1,465,620	$234,500			$1,465,620	$103,300			$1,465,620	$29,400			$1,465,620	$35,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,465,620	$234,500			$1,465,620	$103,300			$1,465,620	$29,400			$1,465,620	$35,800		$0	$0
1	CC	1051589162	CHIRA BARRERA EDNA		230301	30	$1,465,620	$234,500	ESS070	30	$1,465,620	$103,300	CCF24	30	$1,465,620	$29,400	14-15	30	$1,465,620	$35,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,465,620	$234,500			$1,465,620	$103,300			$1,465,620	$29,400			$1,465,620	$35,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051589102		CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 89 # 19a-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4314951	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	1596316031	94386226[illegible]	N	2022/08/02	2022/08/10	BANCO DAVIVIENDA	8	$116,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$350,450	$56,100			$350,450	$43,800			$350,450	$7,000			$350,450	$8,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$350,450	$56,100			$350,450	$43,800			$350,450	$7,000			$350,450	$8,500		$0	$0
1	CC	1051589102	CHIRIVI ELNA	230301	30	($1,465,628)	($234,500)	EPS010	30	($1,465,628)	($183,300)	CCF24	30	($1,465,628)	($29,400)	14-11	30	($1,465,628)	($35,800)	30	$0	$0
2	CC	1051589102	CHIRIVI ELNA	126304	30	$1,816,078	$290,600	EPS010	30	$1,816,078	$227,300	CCF24	30	$1,816,078	$36,400	54-11	30	$1,816,078	$44,300	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$350,450	$56,100			$350,450	$43,800			$350,450	$7,000			$350,450	$8,500		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Princ pal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051589102		CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 89 # 19a-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4314951	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	159631 6031	94386226 37	N	2022/08/02	2022/08/10	BANCO DAVIVIENDA	8	$116,300

RESUMEN DE PAGO

Tipo	Codigo	NIT	DV	Dias	Valor Cotizado	Interes de Mora	Valor a Pagar Entidad	Valor a Pagar
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,100	$400	$0	$56,500
PORVENIR	230301	800.224,808	8	1	$56,100	$400	$0	$56,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,500	$100	$0	$8,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,500	$100	$0	$8,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$100	$0	$7,100
COMFENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,000	$100	$0	$7,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,800	$300	$0	$44,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$43,800	$300	$0	$44,100
TOTALES				3	$116,300	$800	$0	$117,100

2022/08/10 08:29 AM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	COLLAZOS TOVAR LUZ ADRIANA		216735
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	55174855
CORREO	luzadriana_collazostovar@g	CELULAR	3208223054
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	8870432252		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8173-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44433	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54586	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64048	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5252	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16049	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18129	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24511	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25273	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27929	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36392	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36391	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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:	70,876,181
VALOR EJECUTADO:	70,876,181
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Adriana Collazos T. C. 55174855
COLLAZOS TOVAR LUZ ADRIANA
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.

60630277	239,600	306,700	3	46,700	38,400	631,400
61213402	4,900	6,200		1,100	800	13,000

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

COLLAZOS TOVAR LUZ ADRIANA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO				UNIDAD:		Salud Pública - Pic		
No. DE CONTRATO: 5902 -2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ADRIANA COLLAZOS TOVAR	DOCUMENTO: 55174855						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como psicólogo especializado en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Profesional Especializado en apoya las acciones de gestión técnica y operativa y de construcción de redes sociales de apoyo en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Socializar la estrategia en espacios locales, participacion en las mesas locales de estupefacientes de la Subred Norte de Salud. Seguimiento, Acompañamiento y apoyo a las actividades operartivas y administrativas de los equipos de trabajo de reduccón de riesgos y daños
4. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($4,886,080) CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

LUZ ADRIANA COLLAZOS TOVAR
CC. 55174855

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	
CC	55174855	LUZ ADRIANA COLLAZOS TOVAR		TV 22 17 A 66 AP 620	5457689	LUZADRIANA.COLLAZOSTOVAR@GMAIL.COM	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - 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
2022-07	2022-07	I	11/08/2022	60630277	TOTAL A PAGAR	
					$631.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	239.600	0				0	0	0	0	239.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	306.700	0	0	0	0	0	0		306.700	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	800256790-5	46.700				46.700	0	0	46.700			467	46.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.400	0	0	38.400	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	239.600	239.600
Pensión	1	306.700	306.700
Riesgos Laborales	1	46.700	46.700
CCF	1	38.400	38.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	631.400	631.400

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	5517*855	LUZ ADRIANA COLLAZOS TOVAR	TV 22 17 A 86 AP 620	5157689	LUZADRIANA.COLLAZOSTOVAR@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTA, 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	
2022-07	2022-07		11/08/2022	60630277	$831.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	V	1*****855	COLLAZOS TOVAR LUZ ADRIANA	55	1			N															230301	1.916.480	306.700	0	0	0	0	CPS002	1.916.480	239.800	14-11	1.916.480	3	45.700	CCF24	1.916.480	38.400	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:	COLORADO CUESTAS ADRIANA PATRICIA		216943
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52180943
CORREO	patiangel1209@gmail.com	CELULAR	3008201036
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	7500872564		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8174-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44432	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54587	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64874	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69627	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5253	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16043	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18128	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24510	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25271	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27927	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36390	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36389	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	57,163,132
VALOR EJECUTADO:	57,163,132
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,158,378
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	207
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

COLORADO CUESTAS ADRIANA PATRICIA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
1048129198	227,200	290,800	3	44,300	0	562,300
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

COLORADO CUESTAS ADRIANA PATRICIA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica-Pic	
No. DE CONTRATO: 8174– 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ADRIANA PATRICIA COLORADO CUESTAS	DOCUMENTO: 52180943							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Terapeuta ocupacional en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): __100%____								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	socialización de tematices de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3.Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, notificacion VESPA, canalizaciones	actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, canalizaciones y seguimientos
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	Desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la enlrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 4,158,378 mil pesos M/CTE cuatro millones ciento cincuenta y ocho mil trecientos setenta y ocho pesos M/cte

ADRIANA PATRICIA COLORADO CUESTAS CC: 52180943	Fecha : 31/ 08 / 2022 Firma de recibido SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-11, 04:10:34 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048129198

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8837840570

PAGADO 10/08/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

EL APORTANTE

ıl	ADRIANA PATRICIA COLORADO CUESTAS		
	CC52180943	**Dirección**	CR 102 #69 - 19 CASA 109
ıresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3008201036
a	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ıte Legal		**Identificación**	
os	1	**ARP**	ARL SURA

DEL APORTANTE

tos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
ıpellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APR	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
NA PATRICIA RADO CUESTAS	57	00										X							0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.817.000	$ 290.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.817.000	$ 227.200	2,436	$ 1.817.000	$ 44.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 562.300

.ES

	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
000	$ 1.817.000	$ 1.817.000	$ 0	$ 290.800	$ 227.200	$ 44.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 562.300	$ 600	$ 562.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	CONTRERAS RODRIGUEZ DOLY RUTH		217434
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52775990
CORREO	DOLLYRUCON@HOTMAIL.	CELULAR	3186754806
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24052357006		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8175-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44431	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54588	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64911	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5254	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18127	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24509	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25268	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27924	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36388	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36387	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,061,717
VALOR EJECUTADO:	51,061,717
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
1048186367	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

52775990 de Bta
CONTRERAS RODRIGUEZ DOLY RUTH
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 Distrital 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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**			
No. DE CONTRATO: 8175-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DOLY RUTH CONTRERAS RODRIGUEZ	**DOCUMENTO: 52775990**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Trabajadora social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %								

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,.	Preauditoria realizada según cronograma cobn coordinacion del espácio y apoyos
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.	Socializacion de tematicas de humanizacion, gestion del riesgo, acreditacion asistencia tecnica por proceso y planeacion para el desarrollo de los productos del espacio
3.Realizar actividades de identificacion del riesgoactividades de identificacion del riesgo , aplicación de tamizajes rapidos VIH-Sifilis, Hepatitis B , pruebas confirmatorias asesoria en salud sexual y reproductiva canalizaciones.	Actividades de Identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes rapidos VIH-Sifilis, Hepatitis B, Canalizaciones y seguimientos entrega de Kit de reduccion de daños.
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios	Desarrollo de Encuentros Comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes,como la entrega de base.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,736,514 TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

DOLY RUTH CONTRERAS RODRIGEZ
CC: 52775990

Fecha . 31/08/2022
supervisor
Firma de recibido DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-08-12, 02:49:57 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1048186367

Periodo Cotización 202207 **Periodo Servicio** 202207

Cliente:

PAGADA 2022-08-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DOLLY RUTH CONTRERAS RODRIGUEZ				
Documento	CC 52775990	**Dirección**	CL 183 #11 - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133556657		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52775990		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CONTRERAS RODRIGUEZ DOLY RUTH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	0			$ 1,484,700	230201		16 %	$ 1,484,700	$ 232,200	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1,484,700	$ 186,900		14-11	5	2.436 %	$ 1,484,700	$ 36,500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 239,200	$ 0	$ 0	$ 186,900	$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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:	CORTES BELTRAN JUAN CAMILO		217853
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019037906
CORREO	jcortesb5@ucentral.edu.co	CELULAR	3222174153
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	13	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	636733557		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8176-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44430	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54589	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65561	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69628	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5255	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16042	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18126	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24508	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25266	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27921	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36384	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36383	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO(A) AMBIENTAL Y/O SANITARIO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	32,381,805
VALOR EJECUTADO:	32,381,804
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C 1019037906
CORTES BELTRAN JUAN CAMILO
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60407494	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC. 1019037906

CORTES BELTRAN JUAN CAMILO

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.

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

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica-Pic
No. DE CONTRATO: 8176 - 2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1019037906		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUAN CAMILO CORTES BELTRAN							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico ambiental Para el area de la salud publica – PIC							

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%	Caracterizacion barrial localidad de Engativa , barrio Florida Blanca. Apoyo en acciones de Información y comunicación localidad de suba .	Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotograficos , mapas de recorridos ,
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 Tecnologia, 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 entorno.	Acta, listado de reunión
3.Gestion del cuidado comunitario	90%	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitarioen el barrio priorizado por SDS Localidad de Engativa , dónde se desarrollan las siguientes actividades, planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de hola vecino, recorrido barrial e identificación de actores y caracterización cartografía social.	Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotograficos , mapas de recorridos y mapa de cartografia social
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2,299,415)

C Camilo CC 1019037906

JUAN CAMILO CORTES BELTRAN

CC 1019037906

Firma de recibido JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

31/08/2022

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019037906	JUAN CAMILO CORTES BELTRAN		CL 152 A 99 45	9058685	jcortesb.99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	11/08/2022	80407494	$311.900	

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	125.000	0		0		0	9	1.000	0	126.000	1

TOTALES PENSION

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
23C201	Protección (INC. Protección)	8300219[illegible]-0	150.000	0	0	0	0	9	1.800	0	151.800	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	800[illegible]-6	24.400				24.400	9	200	24.600			244	24.600	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	125.000	126.000
Pensión	1	150.000	151.300
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	311.900

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019[illegible]7906	JUAN DANILO CORTES BELTRAN	CL 152 A 9C 45	6558865	[illegible]b22@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	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	
2022-07	2022-07	I	11/08/2022	80407494	$211.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES						
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tarifa	Extranjero	Colombiano en el exterior	Actividad alto riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Cotizante exonerado	Código AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario aportante	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	1019[illegible]7906	CORTES BELTRAN JUAN DANILO	59	0		N																	23020	1.400.000	150.000	0	0	0	0	EPS012	1.400.000	139.000	14-1	1.400.000	3	24.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	CUEVAS DUARTE CARMEN MAYERLY		217362
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	47427984
CORREO	lamayecuevas@gmail.com	CELULAR	3133509020
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	646210583		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8177-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44429	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54590	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64873	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5256	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18125	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24507	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25264	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27920	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36382	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36381	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,036,917
VALOR EJECUTADO:	52,036,917
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
7848298702	286,900	367,200	3	55,900	0	710,000

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Mayerly Cuevas CC 47427984
CUEVAS DUARTE CARMEN MAYERLY
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 Distrital 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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**			
No. DE CONTRATO: 8177-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARMEN MAYERLY CUEVAS DUARTE	**DOCUMENTO: 47427984**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Trabajadora social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %								

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..	Preauditoria realizada según cronograma cobn coordinacion del espácio y apoyos
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.	Socializacion de tematicas de humanizacion, gestion del riesgo, acreditacion asistencia tecnica por proceso y planeacion para el desarrollo de los productos del espacio
3.Realizar actividades de identificacion del riesgoactividades de identificacion del riesgo , aplicación de tamizajes rapidos VIH-Sifilis, Hepatitis B , pruebas confirmatorias asesoria en salud sexual y reproductiva canalizaciones.	Actividades de Identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes rapidos VIH-Sifilis, Hepatitis B, Canalizaciones y seguimientos entrega de Kit de reduccion de daños.
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios	Desarrollo de Encuentros Comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar Informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes,como la entrega de base.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,736,514 TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS MCTE

Mayerly Cuevas CARMEN MAYERLY CUEVAS DUARTE CC. 47427984	Fecha : 31/08/2022 Supervisor Firma de recibido: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	47427984
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARMEN MAYERLY CUEVAS DUARTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCIÓN:	CLL 15 # 29- 28	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7848298702**	TIPO DE PLANILLA:		1-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2022	SALUD:		AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/08/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1594165867	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 367.200
SUBTOTAL:			1	**$ 367.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 286.900
SUBTOTAL:			1	**$ 286.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 55.900
SUBTOTAL:			1	**$ 55.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 710.000**

Secretaría Distrital de Salud — Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	CUVIDEZ CABARCAS OSWALDO ENRIQUE		217848
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018508771
CORREO	cuvidez13@gmail.com	CELULAR	3125145445
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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: 8178-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44428	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54591	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66981	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5257	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18124	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24506	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25262	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27918	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	36380	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36379	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	19,586,863
VALOR EJECUTADO:	19,277,854
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,437,099
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	309,009
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.42 %

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
7845245519	125,000	160,000	3	25,400	0	310,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Oswaldo C. cc. 1018508771.
CUVIDEZ CABARCAS OSWALDO ENRIQUE
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-PIC
No. DE CONTRATO: 8178-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OSWALDO ENRIQUE CUVIDEZ CABARCAS	DOCUMENTO: 1018508771						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificación de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas	actividades de enganche y recorridos de calle
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes, como la entrega de la matriz 1185, informe de actividades, entre otros.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,437,099 UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

OS waldo C. CC. 1018508771 Oswaldo Enrique Cuvidez Cabarcas : CC: 1018508771	Fecha: 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018506771
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			OSWALDO ENRIQUE CUVIDEZ CABARCAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	TRANSVERSAL 5 ESTE # 69-14	TELEFONO:	5145445
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7845245519	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2022
DIAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2022/08/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1594084007

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201-PROTECCION	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24.400	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400
SUBTOTALES:									$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	RESIDENTE EXTERIOR	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1018506771	CUVIDEZ CABARCAS OSWALDO ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.000.000			NO																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	1018506771	$ 24.400

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 309.400

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CODIGO APCT # 15-05
		VERSIÓN 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PAGINA 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

DATOS CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIAZ ARIZA RUTH JAQUELINE			217476	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	63434688		
CORREO:	rjaquediaz@yahoo.com	CELULAR	3107718603		
PROCESO:	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12		TIPO CUENTA		AHORROS							
NUMERO CUENTA BANCARIA	462900083264											

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	6179-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP 1	44427	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP 2	1716	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP 2	54592	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP 3	2440	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP 3	64871	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP 4	2754	FECHA	14/12/2021	NUMERO DE CRP 4	66629	FECHA	14/12/2021
NUMERO DE CDP 5	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP 5	5258	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP 6	1184	FECHA	25/04/2022	NUMERO DE CRP 6	16030	FECHA	25/04/2022
NUMERO DE CDP 7	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP 7	18123	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP 8	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP 8	24505	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP 9	1649	FECHA	21/06/2022	NUMERO DE CRP 9	25259	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP 10	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP 10	27016	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP 11	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP 11	36376	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP 12	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP 12	36377	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	3,736,514	VALOR LETRAS						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por parentale. 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 CONTRACTUAL

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	54,837,685
VALOR EJECUTADO:	54,837,685
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCION:	100.00 %

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los contratistas inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Centro de Costos: La anterior para que sustente la cuenta pertinente. Cordialmente,

Bogotá, agosto 31 de 2022

MARIA DEL PILAR CARDENAS DE FRIAS, DE CIUDADANOS DE [illegible] SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Periodo Agosto 2022

YOMONA MARIA COCARE JO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Bogotá, 31 de agosto de 2022

DIAZ ARIZA RUTH JAQUELINE C.C. 63434688

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota 1: cuando el contratista no sea persona natural se adjunta fotocopia cedula y rut de quien firma por la empresa

Escaneado con CamScanner

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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		Salud Publica - PIC
No. DE CONTRATO: 8179-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RUTH JAQUELINE DIAZ ARIZA	DOCUMENTO: CC 63434688						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Terapeuta Ocupacional en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad.
Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación del formato de Evaluacion de Terapia Ocupacional, canalizaciones y seguimientos.	Actividades de Identificacion del riesgo, aplicación del formato de Terapia Ocupacional, canalizaciones y seguimientos
4. Realizar Preauditoria, según cronograma.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinacion del espacio y apoyos.
5. Realizr tematicas de humanizacion, gestion del riesgo, asistencia tecnica por proceso y planeacion para el desarrollo de los productos del espacio.	Socializacion de tematicas de humanizacion, gestion del riesgo, acreditacion, asistencia tecnica por proceso y planeacion para el desarrollo de los productos del espacio
6. Participar en actividades de Encuentros Comunitarios	Desarrollo de Encuentros Comunitarios
7. Realizar Evaluacion y Monitoreo de las actividades	Realizar Informe Ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes como la entrega del informe de actividades, informe de Terapia Ocupacional, entre otros.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras) M/CTE. ($ 3,736.514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTC

RUTH JAQUELINE DIAZ ARIZA CC: 63434688	Fecha : 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	63434688	RUTH JAQUELINE DIAZ ARIZA	CALLE 163 62 95 ap 1503	6591746	rjaquediaz@yahoo.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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	60923904	$512.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	207.000	0		0		0	0	0	0	207.000	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	264.900	0	0	0	0	0	0		264.900	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	40.400				40.400	0	0	40.400			404	40.400	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	207.000	207.000
Pensión	1	264.900	264.900
Riesgos Laborales	1	40.400	40.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	512.300	512.300

Este documento esta 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	63434688	RUTH JAQUELINE DIAZ ARIZA		CALLE 163 62 95 ap 1503	6591746	rjaquediaz@yahoo.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	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	60923904	$512.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Extranjero	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EXPEDICIÓN	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	63434688	DIAZ ARIZA RUTH JAQUELINE	59	0			N																	25-14	1.655.276	264.900	0	0	0	0	EPS008	1.655.276	207,000	14-13	1.655.276	3	40.409		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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
8162-2021	Cedula	1014200659	CARRILO SANCHEZ NATALY	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-ADMINISTRADOR	A00		186	0			3,736,514	0		SI
8165-2021	Cedula	1001059887	CASTRO CARVAJAL	GESTOR COMUNITARIO	A00		231	0			1,784,784	7,680		SI
8166-2021	Cedula	80205133	CASTRO CASTAÑEDA PEDRO MAURICIO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EDUCADOR	A00		186	0			3,736,514	0		SI
8171-2021	Cedula	1051589102	CHIRIVI BARRERA EDNA LIZETH	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-TERAPEUTA OCUPACIONAL	A00		207	0			4,158,378	0		SI
8173-2021	Cedula	55174855	COLLAZOS TOVAR LUZ ADRIANA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	A00		186	0			4,886,080	0		SI
8174-2021	Cedula	52180943	COLORADO CUESTAS ADRIANA PATRICIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-TERAPEUTA OCUPACIONAL	A00		207	0			4,158,378	0		SI
8175-2021	Cedula	52775990	CONTRERAS RODRIGUEZ DOLY RUTH	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (A)	A00		186	0			3,736,514	0		SI
8176-2021	Cedula	1019037906	CORTES BELTRAN JUAN CAMILO	TÉCNICO I-TÉCNICO	A00		186	0			2,299,415	1		SI
8177-2021	Cedula	47427984	CUEVAS DUARTE CARMEN MAYERLY	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-TRABAJADOR (A) SOCIAL	A00		186	0			3,736,514	0		SI
8178-2021	Cedula	1018508771	CUVIDEZ CABARCAS OSWALDO ENRIQUE	GESTOR COMUNITARIO	A00		186	0			1,437,099	309,009		SI
8179-2021	Cedula	63434688	DIAZ ARIZA RUTH	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	A00		186	0			3,736,514	0		SI

SANDRA MARIA BOCAREJO
51852543
Supervisor
26/08/2022 10.03.39

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:	DIAZ CAICEDO JOSE DAVID.												217924
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.		1085251127						
CORREO	josedaviddiazcaicedo@gmail.				CELULAR		3016772807						
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y				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	4				TIPO CUENTA		AHORROS						
NUMERO CUENTA BANCARIA	18634651710												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8180-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44426	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1562	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 2	48199	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 3	54593	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60971	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	65173	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 6	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	5259	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18122	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24504	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25257	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27915	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36376	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36375	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	PROFESIONAL EN ARTES								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	08	2022		31	08	2022	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	3,736,514	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	53,889,797
VALOR EJECUTADO:	53,889,797
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1085251127
DIAZ CAICEDO JOSE DAVID.
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438731491	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1085 251124

DIAZ CAICEDO JOSE DAVID.
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.

	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 GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADADO			UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS.			
No. DE CONTRATO: 8180-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSÉ DAVID DÍAZ CAICEDO	DOCUMENTO: 1085251127						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como profesional en artes en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de gestión del riesgo, reinducción del Plan de Intervenciones Colectivas, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) :3.736,514 Tres millones setescientos treinta y seis mil quinientos catorce pesos.

JOSE DAVID DIAZ CAICEDO
CC:1085251127

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
31/8/2022

Fecha:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085251127		DIAZ CAICEDO JOSE DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19#3a -37	PASTO-NARIÑO	7222333	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1603729201	94387314911	I	2022/08/05	2022/08/16	BANCOLOMBIA	11	$467,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1085251127	DIAZ CAICEDO JOSE DAVID	230301	30	$1,494,605	$239,200	EPS001	30	$1,494,605	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,494,605	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,494,605	$239,200			$1,494,605	$186,900			$0	$0			$1,494,605	$36,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$2,300	$0	$241,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$239,200	$2,300	$0	$241,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$400	$0	$36,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$400	$0	$36,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$1,800	$0	$188,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$186,900	$1,800	$0	$188,700
TOTAL				1	$462,600	$4,500	$0	$467,100

2022/10/07 02:24 PM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	DIAZ RUIZ DIANA PAOLA										217453
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula			No.				52964875			
CORREO	DDIAZR2000@OUTLOOK.			CELULAR				3043885080			
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano										
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y			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	8			TIPO CUENTA			AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	4752012300										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8181-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44425	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54594	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65553	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69630	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5260	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16037	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18121	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24503	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25255	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27913	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36374	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36373	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	INGENIERO(A) AMBIENTAL Y/O SANITARIO							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0			
VALOR MES	2,299,415	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:	32,297,791
VALOR EJECUTADO:	32,297,790
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA PAOLA DIAZ RUIZ CC 52964875

DIAZ RUIZ DIANA PAOLA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60409127	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIAZ RUIZ DIANA PAOLA

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.

	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 GESTION DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		Salud Pública - PIC		
No. DE CONTRATO: 8181_2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDE		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PAOLA DIAZ RUIZ	DOCUMENTO: 52964875						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TÉCNICO AMBIENTAL para el area de la salud publica – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad Caracterizacion barrial localidad de Teusaquillo, barrio Palermo y la localidad Barrios Unidos, barrio la Libertad. Apoyo en acciones de Información y comunicación localidad de Teusaquillo. Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotograficos , mapas de recorridos.
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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad. 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. Acta, listado de reunión
3. Gestión del cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitario en el barrio priorizado por SDS Localidad Teusaquillo Palermo y Localidad Barrios Unidos la Libertad, dónde se desarrollan las siguientes actividades, planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial e identificación de actores y caracterización cartografía social.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($ 2'299,415)

DIANA PAOLA DIAZ RUIZ CC. 52964875	Fecha . 31/08/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	52964875	DIANA PAOLA DIAZ RUIZ		KR 52 17 16 SUR	8141271	ddiazr2000@outlook.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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	09/08/2022	80409127	$309.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	830903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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:	DOZA RAMOS LADY CATERINE		217851
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019033924
CORREO	catedoza@gmail.com	CELULAR	3163341322
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450200066238		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8182-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44424	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54595	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64869	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69631	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5261	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16036	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18120	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24502	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25252	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27912	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36372	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	36371	FECHA	16/08/2022

OBJETO: FISIOTERAPEUTA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,095,429
VALOR EJECUTADO:	52,095,429
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Caterine Doza R 1019033924
DOZA RAMOS LADY CATERINE
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60511950	187,400	239,900	3	36,600	30,000	493,900
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Caterine Doza R 1019033924
DOZA RAMOS LADY CATERINE
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:	ALUD PUBLICA - FERIA		
No. DE CONTRATO: 8182 -2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	08	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LADY CATERINE DOZA RAMOS	DOCUMENTO: 1019033924							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como FISIOTERAPEUTA en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): __100%_____								

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 Unico de Acreditación y Sistema de Información.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyo
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.	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.
3.Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion y/o visitas domiciliarias a personas con discapacidad y cuidaores/ ras
	realizacion de sesiones grupales presenciales con la red de cuidado colectivo- red de cudiadores- grupo gestores por le cuidado de la salud y la inclusion , y grupo de jovenes desarrollo de capacidades
4.seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	1186 y tablero de control e informe mensual
6.	
7.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($ 3.736.514 tres millones setecientos treinta y seis mil quinientos catorce pesos M/CTE))

LADY CATERINE DOZA RAMOS CC: 1019033924	Fecha: 31 / 08 / 2022 SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019033924	LADY CATERINE DOZA RAMOS	KR 114 151-40	6978968	catirinedozaramos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – 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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	08/08/2022	60511959	$493.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.900	0		0		0	3	500	0	187.400	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	239.200	0	0	0	0	3	700	0	239.900	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	830903790-5	36.500				36.500	3	100	36.600			365	36.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.900	3	100	30.000	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	186.900	187.400
Pensión	1	239.200	239.900
Riesgos Laborales	1	36.500	36.600
CCF	1	29.900	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	492.500	493.900

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	1019033924	LADY CATERINE DOZA RAMOS		KR 114 151-40	6978988	caterinedozaramos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1—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	
2022-07	2022-07	1	09/08/2022	60511950	$493.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla-Br	Ing./Rein.	Actualización	Cotiz. Menor Edad	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1019033924	DOZA RAMOS LADY CATERINE	SI	6			N																	230201	1.484.606	237.300	0	0	0	0	EPS018	1.484.606	196.900	14-11	1.484.606	3	36.300	CCF2A	1.484.606	29.900	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 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:	DUQUE ROJAS JESUS DAVID		217920
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1075264008
CORREO	daviduque1306@gmail.com	CELULAR	3115650597
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	66269481		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8184-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44419	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	54597	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	65581	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 4	5263	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 5	16116	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 6	24490	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 7	25247	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 8	27905	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 9	36368	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 10	36366	FECHA	16/08/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	30,773,537
VALOR EJECUTADO:	30,773,536
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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
9433513259	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DUQUE ROJAS JESUS DAVID
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO					UNIDAD:		SALUD PÚBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8184-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JESÚS DAVID DUQUE ROJAS	DOCUMENTO: 1075264008						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Auxiliar de enfermeria en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 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 (%): 100%

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuidate sé feliz , identificación e información y comunicación en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero,suba, engativa, barrios unidos y teusaquillo.	Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuídate sé feliz donde se identifica;e informa y comunica en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero, suba,engativa, barrios unidos y teusaquillo.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR : DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($ 2´299.415)

JESÚS DAVID DUQUE ROJAS
CC 1075264008

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075264008		DUQUE ROJAS JESUS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 17 A N 1 108	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1000031157	94335413259	E	2022/08/03	2022/08/09	BANCO BOGOTA	6	$311,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	1075264008 DUQUE JESUS	238301	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075264008		DUQUE ROJAS JESUS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 17 A N 1 108	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Cleve		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	1030001157	9437513259	1	2022/08/03	2022/08/09	BANCO BOGOTA	6	$311,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$900	$0	$160,900
PORVENIR	230301	800.224,808	8	1	$160,000	$900	$0	$160,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$200	$0	$24,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$200	$0	$24,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$700	$0	$125,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088,702	2	1	$125,000	$700	$0	$125,700
TOTAL				3	$309,400	$1,800	$0	$311,200

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:	BELTRAN ESCAMILLA ROSABEL		217347
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	39570302
CORREO	valrouse2015@hotmail.com	CELULAR	3155896577
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadanc		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	20775803660		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8185-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44417	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54598	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60973	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65750	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5264	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18117	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24489	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25244	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27903	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36364	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36363	FECHA	16/08/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	30,773,537
VALOR EJECUTADO:	30,773,536
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Rosabel Beltran Escamilla
CC 39570302 Bogotá

BELTRAN ESCAMILLA ROSABEL

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.

1047417994	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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,

Rosabel Beltrán Escamilla
CC 39570302 de Bogotá cund

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BELTRAN ESCAMILLA ROSABEL
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO					UNIDAD:			SALUD PÚBLICA - FERIAS
No.DE CONTRATO:8185-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ROSABEL BELTRÁN ESCAMILLA	DOCUMENTO: 39570302							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Auxiliar de enfermeria en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 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 (%): 100%								

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 Unico de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuidate sé feliz , identificación e información y comunicación en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero,suba, engativa, barrios unidos y teusaquillo.	Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuídate sé feliz donde se identifica,e informa y comunica en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero, suba,engativa, barrios unidos y teusaquillo.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR :DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($ 2'299.415)

Rosabel Beltrán Escamilla

ROSABEL BELTRÁN ESCAMILLA

CC 39570302

31/08/2022

Firma del supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-10-19, 12:25:00 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1047417994 Referencia pago(PIN) 8832645160

Periodo Cotización 202207 Periodo Servicio 202207

Cliente:

PAGADA 2022-08-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROSABEL BELTRAN ESCAMILLA				
Documento	CC 39570302	Dirección	CR 104C #129 - 70		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3133060596		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 39570302		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					BELTRAN ESCAMILLA ROSABEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRR	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario
															0	30	30	30	0			$ 1.000.000

Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
231001		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0

Salud: Código EPS	Código TRAS EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
EPSC34		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0

Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
14-11	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400

Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja
NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0

Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ESCAMILLA MARIN LORENA			217322
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1033774206	
CORREO	lorenamarin9501@gmail.com	CELULAR	3164537910	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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 PRESTACION DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8186-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44414	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54589	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66980	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5265	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16035	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18116	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24488	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25242	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27898	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36362	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	36360	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,718,848
VALOR EJECUTADO:	20,711,156
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,506,636
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	195
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,692
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lorena escamilla 1033774206
ESCAMILLA MARIN LORENA
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.

60266207	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lorena Escamilla 1033779206

ESCAMILLA MARIN LORENA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: Entorno Comunitario				**UNIDAD:**		**Salud Publica-PIC**		
No. DE CONTRATO: 8186-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LORENA ESCAMILLA MARIN	**DOCUMENTO: 1033774206**							
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO PARA EL AREA DE LA SALUD PUBLICA - PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Desarrollo de encuentros comunitarios acciones comunitarios en el marco de la escucha activa para el abordaje	Numeros de sesiones del desarrollo de encuentros comunitarios por los miembros de equipo en forma integral en localidades y o territorios priorizados -Actas y listados de asistencia
2.Actividades de enganche a traves de recorridos de calle (recorrido de los gestores en diferentes puntos de las subredes en el entorno comunitario) implementacion grupo MAPS	Personas convocadas -Actas y listados de asistencia
3. verificacion de los resultados confrontado intervencion de los equipos itinerantes de las unidades moviles MAPS	Numero de evaluaciones y monitoreo -Actas y listados de asistencia

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/C (1.506,636)

Lorena Escamilla

LORENA ESCAMILLA MARIN

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 1033774206

Fecha : 31/08/2022

Firma del recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1033774206	LORENA ESCAMILLA MARIN		DG 46J SUR 1 96	3164537916	lorenamarin9501@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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	
2022-07	2022-07	I	09/08/2022	80266207	$311.200	

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	125.000	0		0		0	6	700	0	125.700	1

TOTALES PENSION

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	Proyección (ING + Protección)	800229739-4	160.000	0	0	0	0	6	900	0	160.900	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	390900790-5	24.400				24.400	6	200	24.600			244	24.600	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	125.000	125.700
Pensión	1	160.000	160.900
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	311.200

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

Escaneado con CamScanner

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:	SHIRLEY CATHALINA ESCOBAR		217448
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52906174
CORREO	CATALINA.	CELULAR	3204760403
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24069007169		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8188-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44412	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54601	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64867	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5267	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16032	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18115	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23576	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25240	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27896	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	36358	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35709	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	53,909,301
VALOR EJECUTADO:	53,909,301
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADA DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Catalina Escobar 52906174
SHIRLEY CATHALINA ESCOBAR
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

7845482278	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Catalina Escobar 52906174

SHIRLEY CATHALINA ESCOBAR
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-C1-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE CONTRATACION	PÁGINA 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-PIC
No. DE CONTRATO:8188-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SHIRLEY CATHALINA ESCOBAR	DOCUMENTO:52906174						
OBJETO DEL CONTRATO:TRABAJADORA SOCIAL							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Precontratoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos, participar en capacitaciones socializaciones y modulos 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, 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.	Reunión mensual de equipo para socialización de tematicas de humanización, gestión del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio
3. IDENTIFICACIONES DEL RIESGO / INSTRUMENTO APGAR	Participar en actividades de identificación del riesgo, aplicación de instrumento APGAR FAMILIAR e intervención breve
4. DESARROLLO DE ENCUESTROS COMUNITARIOS	Desarrollo de encuentros comunitarios
5 JORNADA DE MENOR RIESGO DE ALCOHOL	JORNADA DE MENOR RIESGO DE ALCOHOL
6. CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO A CANALIZACIONES
7. EVALUCACION Y MONITOREO	Realizar informes de acuerdo al perfil

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3.736.514 Tres millones setecientos treinta y seis mil quinientos catorce pesos.

Catalina Escobar

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

C.C 52906174

Firma del supervisor

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
CIUDAD/MUNICIPIO
DIRECCIÓN
TIPO APORTANTE
TIPO EMPRESA
FORMA DE PRESENTACIÓN
APORTANTE EXONERADO [illegible]

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA 7845452278
TIPO DE PLANILLA [illegible]
PERIODO COTIZACIÓN [illegible]
DÍAS DE MORA [illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA							TOTALES
[illegible]	[illegible]							[illegible]
SUBTOTALES:								[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA							TOTALES
EPS005	[illegible]							[illegible]
SUBTOTALES:								[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA							TOTALES
[illegible]	[illegible]							[illegible]
SUBTOTALES:								[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE — SEGURIDAD SOCIAL — PARAFISCALES

[illegible]	[illegible]

TOTAL	$ 462.600

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:	ESPINOSA BARRERA SHARON MAYERLY		217470
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	53153805
CORREO	magy.19.ae@gmail.com	CELULAR	3232262091
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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: 8189-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO:

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44411	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54602	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64865	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69632	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5268	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16030	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18114	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	23573	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25237	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27895	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FFCHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35682	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35666	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,847,173
VALOR EJECUTADO:	50,847,173
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sharon Mayerly Espinosa Barrera 53153805
ESPINOSA BARRERA SHARON MAYERLY
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
1048202109	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sharon Mayerly Espinosa Barrera 53153805
ESPINOSA BARRERA SHARON MAYERLY
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA - FERIAS**	
No. DE CONTRATO: 8189-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SHARON MAYERLY ESNOSA BARRERA	**DOCUMENTO: 53153805**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TrabajadoraSocial								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	**Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)**
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.	**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. Acta, listado de reunión**
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3.736.514) PESOS. TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS.

Sharon Mayerly Espinosa Barrera

SHARON MAYERLY ESPINOSA BARRERRA

CC: 53153805

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor _____

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-16, 04:21:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048202109

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8838871590

PAGADO 13/08/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHARON MAYERLY ESPINOSA BARRERA		
Documento	CC53153805	**Dirección**	CR 24 #61 D - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3232262091
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 53153805	SHARON MAYERLY ESPINOSA BARRERA	59	00																	1	30	30	30	0	(230901) PORVENIR	$ 1,494,605	$ 239,200	(EPS124) EPS SANITAS	$ 1,494,605	$ 186,900	2,435	$ 1,494,605	$ 36,500	(NI-CC) MINGUA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,494,605	$ 1,494,605	$ 1,494,605	$ 0	$ 239,200	$ 186,900	$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600	$ 5,700	$ 468,300

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesar o. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	ESTUPIÑAN ROMERO KELLY FELISA		216934
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	37081716
CORREO	felicita.felissa@gmail.com	CELULAR	3103030726
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488415892204		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8190-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44410	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54603	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64863	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69633	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5269	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16018	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18113	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	23569	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25233	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27893	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35665	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35664	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	53,901,287
VALOR EJECUTADO:	53,901,287
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,499,888
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	224
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Kelly Estupiñan

ESTUPIÑAN ROMERO KELLY FELISA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438559080	202,600	259,400	3	39,600	0	501,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Kelly Estupiñan
ESTUPIÑAN ROMERO KELLY FELISA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:		SALUD PÚBLICA PIC		
No. DE CONTRATO: 8190-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Kelly Felisa Estupiñan Romero	DOCUMENTO: 37081716						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo como Terapeuta Ocupacional dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a la necesidades de la institucion								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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 Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA y aplicación formato MOHO.
	Implementacion de sesiones para promocionar habilidades para la vida y disminuir factores de riesgo asociados al consumo de SPA
	Cierre y evaluacion final del plan de trabajo y post-test
	Insumos para informe mensual

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (4,037,846 CUATRO MILLONES TREINTA Y SIETE MIL OCHO CUARENTA Y SEIS PESOS): M/CTE ($)

KELLY ESTUPIÑAN 37081716

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA. Kelly Felisa Estupiñan Romero

CC: 37081716

Fecha : 31/8/2022

Firma de recibido Supervisor Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37081716		ESTUPIÑAN ROMERO KELLY FELISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 68 No 81B - 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103030726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1593706025	9438559080	I	2022/08/04	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	4	$501,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,615,160	$258,500			$1,615,160	$201,900			$0	$0			$1,615,160		$39,400		$0	$0		$499,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,615,160	$258,500			$1,615,160	$201,900			$0	$0			$1,615,160		$39,400		$0	$0		$499,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,615,160	$258,500			$1,615,160	$201,900			$0	$0			$1,615,160		$39,400		$0	$0		$499,800
1	CC	37081716	ESTUPIÑAN KELLY									X								23020 1	30	$1,615,160	$258,500	EPS008	30	$1,615,160	$201,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,615,160	2.436%	$39,400	0	$0	$0	No	5499,800
Total Afiliados(1)																						$1,615,160	$258,500			$1,615,160	$201,900			$0	$0			$1,615,160		$39,400		$0	$0		$499,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37081716		ESTUPIÑAN ROMERO KELLY FELISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 68 No 81B - 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3103030726	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1593706025	9438559080	I	2022/08/04	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	4	$501,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$258,500	$900	$0	$259,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$258,500	$900	$0	$259,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,400	$200	$0	$39,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,400	$200	$0	$39,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,900	$700	$0	$202,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$201,900	$700	$0	$202,600
TOTAL				1	$499,800	$1,800	$0	$501,600

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:	FIGUEROA CARRANZA ANDREA		218048
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1024481448
CORREO	anfica88@hotmail.com	CELULAR	3219538147
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488400590573		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8192-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44408	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54605	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64567	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5270	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18112	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23566	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25231	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27891	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35663	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35662	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
7845447650	183,200	234,500	3	35,800	0	453,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1024481448
FIGUEROA CARRANZA ANDREA
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.

7849635850	3,700	4,700	700	0	9,100
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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FIGUEROA CARRANZA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

1024481448

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:			Salud Publica-Pic
No. DE CONTRATO: 8192-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDREA FIGUEROA CARRANZA	DOCUMENTO: 1024481448							

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II- TRABAJADORA SOCIAL 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.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento a Los Habitantes de Calle, mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas específicas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas desde el centro de escucha habitante de calle	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3.736.514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA FIGUEROA CARRANZA

CC: 1024481448

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:

DRA SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	1024481445
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			ANDREA FIGUEROA CARRANZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CARRERA 51 D # 35 - 02	TELEFONO	4655345
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA.	Otros trabajos de edicion.
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			7845447650	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	julio AÑO	2022	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	julio AÑO	2022
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/06/10	NÚMERO AUTORIZACION.			1596546414

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 234.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.500	$ 0	$ 234.500
SUBTOTALES.										$ 234.500	$ 0	$ 234.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACION	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 183.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.200	$ 0	$ 0	$ 183.200
SUBTOTALES:													$ 183.200	$ 0	$ 0	$ 183.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.800	$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 35.800
SUBTOTALES:									$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 35.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1024481445	FIGUEROA CARRANZA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.465.600			NO																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSION

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.465.600	$ 234.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 234.500

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.465.600	$ 183.200	$ 0	$ 183.200

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.465.600	1024481444	$ 35.800

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 453.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024481448
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ANDREA FIGUEROA CARRANZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CARRERA 51 D # 38 - 02	TELEFONO:	4655349
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NUMERO PLANILLA		7653300899	TIPO DE PLANILLA		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO	2022
DIAS DE MORA		71			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/09/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN		1668141935
NUMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA		7648589723	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2022/09/13

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	-	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 4.700	$ 100	$ 4.800
SUBTOTALES:										$ 4.700	$ 100	$ 4.800

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 3.700	$ 0	$ 100	$ 0	$ 3.700	$ 100	$ 0	$ 3.800
SUBTOTALES:													$ 3.700	$ 100	$ 0	$ 3.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ISP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ISP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA			$ 0	$ 0		$ 0	$ 700	$ 700	$ 100	$ 0	$ 800
SUBTOTALES:									$ 700	$ 100	$ 0	$ 800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1024481448	FIGUEROA CARRANZA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.465.800			NO							A									
2	CC 1024481448	FIGUEROA CARRANZA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.456.500			NO							C	01-30								
3	CC 1024481448	FIGUEROA CARRANZA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.456.500			NO							R	01-30								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.465.800	$ 234.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 234.500
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.494.700	$ 239.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239.200
3	230301-PORVENIR	10	$ 29.100	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 4.700

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.465.800	$ 183.200	$ 0	$ 183.200	14-11 - ARL SURA	30	1.465.800	$1024481441	$ 35.800
2	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.494.700	$ 186.800	$ 0	$ 186.800	14-11 - ARL SURA	05	1.494.700	$1024481441	$ 35.500
3	EPS017-FAMISANAR	10	$ 29.100	$ 3.700	$ 0	$ 3.700	14-11 - ARL SURA	10	$ 29.100	1024481441	$ 700

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 9.400

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:	FORBES JAY DERWIN DIRK		217928
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1123620527
CORREO	ddforbesj@unal.edu.co	CELULAR	3143161301
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	266000293636		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8194-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44405	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54607	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64565	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5272	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18110	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23560	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25229	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27889	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35661	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35660	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ODONTOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9437888460	187,900	240,500	3	36,700	0	465,100

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 1123620527
FORBES JAY DERWIN DIRK
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.

	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 1123620527

FORBES JAY DERWIN DIRK

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO		**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA - FERIAS**				
No. DE CONTRATO: 8194 -2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**08**	**2022**	**31**	**08**	**2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DERWIN DIRK FORBES JAY	**DOCUMENTO: 1123620527**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Odontólogo - Profesional Étnico Raizal, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Centro de Escucha Raizal	a) Implementación del analisis de los Centros de Escucha en Línea: 1. Seguimiento al cumplimiento de la Política Pública Raizal. 2. Gestión de procesos comuntarios en coordinación con Gobernanza 3. Realizar la consolidación y actualización del listado censal que da cuenta de la identificación de la población en Bogotá. a) Seguimiento y Acompañamiento a los casos de salud identificados de de los Centros de Escucha en Línea: involucra la consolidación de información para la estrategia y seguimiento frente al abordaje de problemáticas criticas identificadas en Salud. b) Realizar seguimiento y fortalececimiento los servicios de salud para la detección, notificación, investigación y monitoreo de posibles casos sospechosos de coronavirus (COVID-19) identificando el grupo étnico, de acuerdo con la definición de caso establecida. c) Sensibilizacion a la comunidad Raizal sobre las circulares, resoluciones y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social sobre las medidas de prevención, contención y mitigación del Coronavirus (COVID-19) en grupos étnicos.

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3,736,514)

CC 1123620527 **DERWIN DIRK FORBES JAY** **CC: 1123620527**	**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ** **31/08/2022**

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123620527		FORBES JAY DERWIN DIRK	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 74a # 168a - 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3161301	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598900313	94378884 60	1	2022/08/05	2022/08/11	BANCO DAVIVIENDA	6	$465,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0
1	CC	1123620527	FORBES DERWIN	230301	30	$1,495,000	$239,200	EPS037	30	$1,495,000	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,495,000	$36,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123620527		FORBES JAY DERWIN DIRK	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 74a # 168a - 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3161301	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598900313	9437888460	I	2022/08/05	2022/08/11	BANCO DAVIVIENDA	6	$465,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$1,300	$0	$240,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$239,200	$1,300	$0	$240,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$200	$0	$36,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$200	$0	$36,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$1,000	$0	$187,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$186,900	$1,000	$0	$187,900
TOTAL				1	$462,600	$2,500	$0	$465,100

2022/10/19 10:45 AM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GACHA RODRIGUEZ LUISA MANUELA		217078
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1010231718
CORREO	lachaluisa22@gmail.com	CELULAR	3102640765
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488414972361		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8195-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44403	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54608	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64564	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5273	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16015	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18109	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23557	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25227	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27888	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35659	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35658	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,104,612
VALOR EJECUTADO:	50,421,594
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,857,047
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	683,018
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.66 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GACHA RODRIGUEZ LUISA MANUELA
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.

9438655696	191,900	245,600	3	37,500	0	475,000
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GACHA RODRIGUEZ LUISA MANUELA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO				UNIDAD:		Saud pública - Ferias	
No. DE CONTRATO: 8195 – 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUISA MANUELA GACHA RODRIGUEZ	DOCUMENTO: 1010231718						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGA EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones Socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Gestion 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.	Participar en capacitaciones. Socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad.
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, notificacion VESPA, canalizaciones.	Actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, canalizaciones y seguimientos
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios.	Desarrollo de encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades.	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1180, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,857.047 TRES MILLONES OCHOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUARENTA Y SIETE PESOS

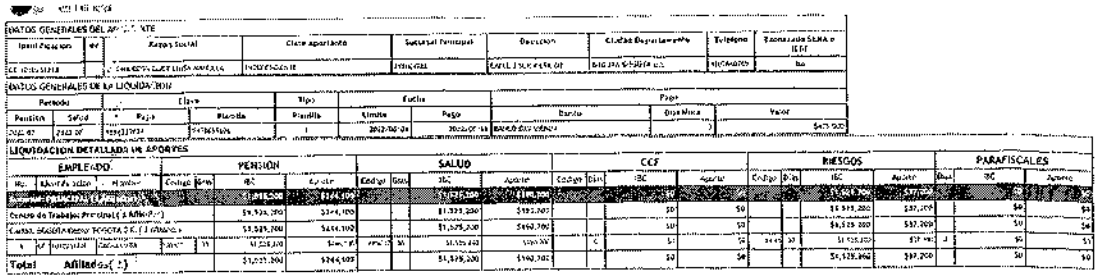
LUISA MANUELA GACHA RODRIGUEZ
CC: 1010231718

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

1546673.1263795209563.pdf Abrir con



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		[illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE [illegible]	BOGOTA D.C.	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Reg	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Oficina	Valor
2022-07	2022-07	[illegible]	[illegible]	I	2022-08-09	2022-07-18	BANCO DAVIVIENDA		$475,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			$0	$0			$4,545,200	$37,200		$0	$0
Centro de Trabajo Principal (1 Afiliado)					$4,920,300	$344,100			$1,329,200	$93,000			$0	$0			$4,545,200	$37,200		$0	$0
Centro de Trabajo Principal BOGOTA D.C. (1 Afiliado)					$4,920,300	$344,100			$1,329,200	$93,000			$0	$0			$4,545,200	$37,200		$0	$0
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	$4,920,300	$344,100	[illegible]	30	$1,329,200	$93,000	C	30	$0	$0	[illegible]	30	$4,545,200	$37,200	30	$0	$0
Total Afiliados (1)					$4,920,300	$344,100			$1,329,200	$93,000			$0	$0			$4,545,200	$37,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		[illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE [illegible]	BOGOTA D.C.	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Reg	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Oficina	Valor
2022-07	2022-07	[illegible]	[illegible]	I	2022-08-09	2022-07-18	BANCO DAVIVIENDA		$475,000

RESUMEN DE PAGO

RESUMEN	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS DEL R)				1	$344,100	$1,900	$0	$346,000
PORVENIR	230301	800.224.808	6	1	$344,100	$1,900	$0	$346,000
ARL (ADMINISTRADORAS DEL R)				1	$37,200	$300	$0	$37,500
ARL SURA	14-01	830.903.290	5	1	$37,200	$300	$0	$37,500
EPS (ADMINISTRADORAS DEL R)				1	$93,200	$1,200	$0	$94,400
SANITAS	EPS017	830.006.564	7	1	$93,200	$1,200	$0	$94,400
TOTAL				1	$472,500	$3,400	$0	$475,900

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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 PAGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GAMBOA CAMPOS YESSICA JOULIN			217859
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1020762913	
CORREO	ejgamboaca@unal.edu.co	CELULAR	3102728650	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	735197188		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8196-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44400	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54609	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64563	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5274	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18108	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23553	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25209	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27886	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35657	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35656	FECHA	16/08/2022

OBJETO: NUTRICIONISTA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	47,433,973
VALOR EJECUTADO:	47,433,973
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
61026791	188,200	240,900	3	36,800	0	465,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jessica Gamboa c.c 1020762913
GAMBOA CAMPOS YESSICA JOULIN
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-FERIAS
No. DE CONTRATO: 3196-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JESSICA JOULIN GAMBOA CAMPOS	DOCUMENTO: 1020762913						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Profesional Nutricionista en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Participacion de la Asistencia Tecnica por parte de la SDS sobre el producto Fortalecimiento comunitario para el cuidado de la salud	Asistencia Tecnica (actas, listados de reunión, Pantallazos de reuniones)
4. Actividades de concertacion y apropiacion de las actividades puestas por el lineamiento para el producto Fortalecimiento comunitario para el cuidado de la salud	Elaboracion de los Directorios de lideres disponibles, Construccion del Plan de Accion, Proyeccion de Cronograma (Actas, pantallazos reuniones)
5, Articulacion con referentes y lideres de los barrios y localidades priorizados, para la concertacion de actividades y la elaboracion del directorio.	Articulaciones con lideres, referentes e instoricopmes (Actas, Pantallazos de reuniones)
6, Desarrollo de Actividades de Informacion, Educacion y Comunicacion con las diferentes poblaciones abordadas en el proceso	Actividades de Informacion, Educacion y Comunicacion (Actas, Listados de asistencia, Pantallazos Reuniones, Registros fotograficos)
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($)

Jessica Gamboa GAMBOA CAMPOS JESSICA JOULIN CC: 1.020.762.913	Fecha 31 / 08 / 2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1020762313	JESSICA JOULIN CAMBOA CAMPOS		CALLE 183 NUMERO 11-55 BL 63 AP 102	3008300	jessjcc@hotmail.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	
2022-08	2022-08	1	13/09/2022	512346[illegible]	5465.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.900	0		0		0	8	1.400	0	188.300	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
230301	Porvenir	800234088-6	239.200	0	0	0	0	8	1.800	0	241.000	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	830903790-5	35.500				35.500	8	300	35.800			355	35.800	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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	186.900	188.300
Pensión	1	239.200	241.000
Riesgos Laborales	1	35.500	35.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.900	466.100

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	1023758213	JESSICA JOULIN GAVIDIA CAMPOS	CALLE 150 NUMERO 11-56 BL 65 AP 102	6060000	jessicajoulin@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Empleador			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
					TOTAL A PAGAR	
042022-05	2022-04	1	13/05/2022	51234531	$465.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				COF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano en el exterior	Extranjero no obligado a cotizar a pensiones	Cotizante exonerado de pago de aportes parafiscales y salud Ley 1607 de 2012	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIP	Días Cotizados	Salario Básico	IBC AFP	Cotización	Valor aporte afiliado	Valor aporte Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa A.R.P.	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023758213	GAVIDIA CAMPOS JESSICA JOULIN	X																		30	$1.550.000	$1.550.000	$310.000	$0	$0	$0	$0	EPS017	$465.100	$465.100	ARL10	$1.550.000	0,522%	$8.091	1	$1.550.000	$62.000	$0	$0	$0	$0	$0

PAGADA

Este documento esta 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:	GARAY ARIAS CESAR EDUARDO		217027
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80158160
CORREO	nugaro19@gmail.com	CELULAR	3224456771
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488403312108		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8198-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44396	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1718	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54611	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66978	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	156	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5276	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16014	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18107	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23549	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25206	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27885	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35655	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35654	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	BACHILLER								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			0			
VALOR MES	1,437,099	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:	20,689,510
VALOR EJECUTADO:	20,681,828
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,738,426
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	225
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,682
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Garay Cesar
GARAY ARIAS CESAR EDUARDO
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.

9437974210	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GARAY ARIAS CESAR EDUARDO
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA - FERIAS**	
No. DE CONTRATO: 8198 – 2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CESAR EDUARDO GARAY ARIAS	**DOCUMENTO:80°158.160**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor Comunitario en el marco del Plan de Intrervenciones Colectivas - PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiacion adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la información y educación de covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e información a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes priorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el desarrollo de los ciudadanos	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Realizar evaluación y monitoreo de las actividades.	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades entro otras.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1'738,426 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MILCUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS

CESAR EDUARDO GARAY ARIAS
CC: 80'158.160

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido Supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80158160		GARAY ARIAS CESAR EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 # 6 a -16	FUNZ...-CUNDINAMARCA	8269547	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1596375936	943797421C	I	2022/08/12	2022/08/10	NEQUI	0	$309.400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: **PRINCIPAL (1 Afiliados)**					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	80158160	GARAY CESAR	231001	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14171	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

2022/08/10 08:13 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80156160		GARAY ARIAS CESAR EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 # 6 a -16	FUNZA-CUNDINAMARCA	8269547	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1596373936	9437974210	E	2022/08/12	2022/08/10	NEQUI	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	Codigo	NIT	DV	AFILIADOS	VR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$160,000	$0	$0	$160,000
[illegible] (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL					$309,400	$0	$0	$309,400

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	GARAY ROJAS LUZ ESMERALDA				217427
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula		No.	52729679	
CORREO	periodistaesme@yahoo.es		CELULAR	3112494064	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y		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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	5370286360		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8199-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44394	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54612	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64047	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5277	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18106	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23542	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25204	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27884	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35653	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35652	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	COMUNICADOR/A SOCIAL ESPECIALIZADO							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	4,886,080	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:	64,372,661
VALOR EJECUTADO:	64,372,661
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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
61045400	244,400	312,800	3	47,700	0	604,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GARAY ROJAS LUZ ESMERALDA
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GARAY ROJAS LUZ ESMERALDA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO. AP-CT-F-50-03 VERSIÓN. 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		Salud Publica - PIC		
No. DE CONTRATO: 8199 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ESMERALDA GARAY ROJAS	52729679						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como COMUNICADOR SOCIAL - ESPECIALIZADO							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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 asignad	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.
3. Diseño de una estrategia de comunicación asertiva para la promoción de salud ambiental a nivel territorial que contemple los entornos y diferentes grupos de edad para la implementación de los Entornos Ambientalmente Saludables, la cual debe elaborarse con base en las temáticas de las líneas de acción de la política Distrital de Salud Ambiental.	Apropiación conceptual de la política pública de salud ambiental, visibilizada a partir de las tácticas comunicativas llevadas a los pilotajes y socialización de la estrategia en todos los entornos de las cuatro subredes.
4. Concertación de necesidades de IEC en salud ambiental: indagar las necesidades de información, educación y comunicación de Salud Ambiental.	Reunión con referentes de SDS y con referentes de la estrategia Entornos Ambientalmente Saludables, para el ajuste de las piezas comunicativas. Reuniones para estructuración de contenidos (comunicativos y de diseño) y posterior publicación en el Portal de Salud Ambiental http://saludambiental.saludcapital.gov.co
5. Asistencias técnicas	Participación asistencias técnicas convocadas por SDS

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($4,886,080) CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHENTA PESOS M/CTE

Fecha : 31/08/2022

Luz Esmeralda Garay Rojas
CC. 52729679

Firma de Vo.Bo. Supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	GARCIA BURGOS LISNEY YUSETH									217870	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula			No.				1023918406			
CORREO	ambiental.1@hotmail.com			CELULAR				3213170257			
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano										
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y			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	12			TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA	451500162131										

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8200-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44393	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54613	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65552	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69634	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5278	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	16009	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18105	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	23540	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25201	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27883	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35651	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35650	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	TECNOLOGO (A) AMBIENTAL								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0	
VALOR MES	2,299,415	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:	32,489,823
VALOR EJECUTADO:	32,489,822
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1023918406 35
GARCIA BURGOS LISNEY YUSETH
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60406915	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GARCIA BURGOS LISNEY YUSETH
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:		Salud Pública	
No. DE CONTRATO: 8200-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LISNEY YUSETH GARCIA BURGOS	DOCUMENTO: 1023918406						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Técnico Ambiental para el área de la salud pública– PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad, Caracterización barrial localidad de Suba, Barrio Lago de suba. Apoyo en acciones de información, comunicación Localidad de Suba. Instrumento de caracterización cuantitativa y cualitativa, acta, lista de asistencia, registro fotográfico y mapa de recorridos.
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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad. Reunión mensual de equipo para la socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditación , asistencia técnica por procesos y planeación para el desarrollo de los productos del espacio. Acta de reunión.
3. Gestión del cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitario en el barrio priorizado por SDS Localidad Suba Barrio Lago de Suba donde se desarrollan las siguientes actividades, planificacion de acciones, recorrido territorial, levantamiento de linea base e Identificación de actores y caracterización, socialización de cartografía social.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($ 2.299.415)

LISNEY YUSETH GARCIA BURGOS
CC: 1.023.918.406

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNÁNDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1023916406	LISNEY YUSETH GARCIA BURGOS		Kr 69 F 51 43 int 1 Ap 304	2931285	ambiental.s@hotmail.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	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	80406915	$312.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	10	1.100	0	126.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	10	1.400	0	161.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.400				24.400	10	300	24.700			244	24.700	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	125.000	126.100
Pensión	1	160.000	161.400
Riesgos Laborales	1	24.400	24.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	312.200

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	1023918408	LISNEY YUSETH GARCIA BURGOS		Kr 69 F 51 43 in; 1 Ap 304	2831265	ambiental.16@hotmail.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	
2022-07	2022-07	E	12/08/2022	63406915	$312,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Correcciones	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a 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	1023918408	GARCIA BURGOS LISNEY YUSETH	00	0			N																230301	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS009	1,000,000	125,000	14-23	1,000,000	3	24,400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADO

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:	GARCIA PINEDA STID HUMBERTO		217301
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023930537
CORREO	STIDGARCIA06@HOTMAIL.	CELULAR	3506589426
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NÚMERO CUENTA BANCARIA	970145447		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8201-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44390	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54614	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66977	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5279	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18104	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23537	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25199	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27389	FECHA	30/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27881	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35649	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35648	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,135,786
VALOR EJECUTADO:	20,128,106
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,784,784
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	231
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GARCIA PINEDA STID HUMBERTO
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.

7641894939	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GARCIA PINEDA STID HUMBERTO
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 EJECUCION DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO: 8201-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: STID HUMBERTO GARCIA PINEDA	DOCUMENTO: 1023930537						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como GESTOR COMUNITARIO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas inyectables.	Actividades de enganche y recorridos en calle
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios.	Encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades.	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, informe de actividades, entre otras

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1,784,784) UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

STID HUMBERTO GARCIA PINEDA C.C. 1023930537	Fecha: 31/05/2022 Supervisor Firma de recibido DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			GARCIA PINEDA [illegible] HUMBERTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 46A # 3A - 25 ESTE	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	7844894939	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES [illegible] AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES [illegible] AÑO	2022
DIAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2022/08/[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24.400	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400
SUBTOTALES:									$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 24.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXONERADO TRIBUTARIA
1	CC [illegible]	GARCIA PINEDA [illegible] HUMBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.000.000			NO

NOVEDADES: ING, RET, TDE, TAE, TDP, TAP, COR, VSP, VST, SLN, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP — (sin novedades)

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000

SALUD

ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000

ARP

ADMIN	DÍAS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	[illegible]	$ 24.400

PARAFISCALES

DÍAS	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 309.400

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 BORDA CRISTIAN DAVID		217057
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000516276
CORREO	borda2593@gmail.com	CELULAR	3045248564
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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: 8202-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44388	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54615	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66976	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5280	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	16002	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18103	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23533	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25197	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27390	FECHA	30/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27879	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35647	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35646	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,328,719
VALOR EJECUTADO:	20,321,040
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,792,511
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	232
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,679
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C. Borda

GOMEZ BORDA CRISTIAN DAVID
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60834671	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GOMEZ BORDA CRISTIAN DAVID
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO.				UNIDAD:		SALUD PUBLICA- FERIAS	
No. DE CONTRATO: 8202-2022	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDE		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Cristian David Gomez Borda	DOCUMENTO: 1000516276						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AGENTES DE CAMBIO - GESTOR COMUNITARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las nesecidades de la institucion.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantia 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Fortalecimiento en atencion de salud a todo grupo poblacional, fortalecimientos de modos y habitos cuidadores en las ciudadanas y ciudadanos	Realizar acciones colectivas dirigida a la poblacion de todos los cursos de vida para promover el cuidado de la salud

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras):1.792.511 UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE ($)

C. Borda

Cristian David Gomez Borda

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC: 1000516276

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000516276	CRISTIAN DAVID GOMEZ BORDA	cl 69 117 08	4357181	borda2493@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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	
2022-08	2022-08	I	15/09/2022	61883552	$309.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	860070378-9	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1000516276	CRISTIAN DAVID GOMEZ BORDA		cl 69 117 08	4057181	borda2503@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTA 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	
2022-08	2022-08	I	15/09/2022	61863552	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Dpto.	Ciudad	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	ESTADO	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1000516276	GOMEZ BORDA CRISTIAN DAVID		N																			23-14	1.000.000	100.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GONZALEZ ANDRES FELIPE		217227
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1015448087
CORREO	afgonzalez@unal.edu.co	CELULAR	3124847335
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24094595307		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8205-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44377	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54618	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60975	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	67919	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 5	69635	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 6	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	5282	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 7	15998	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 8	18101	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	23529	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 10	26131	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 11	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 11	27391	FECHA	30/06/2022
NÚMERO DE CDP: 12	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 12	27877	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 13	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 13	35645	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 14	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 14	35644	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	21,970,468
VALOR EJECUTADO:	21,962,793
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,885,227
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	244
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,675
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.97 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1015448087
GONZALEZ ANDRES FELIPE
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.

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
60956665	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GONZALEZ ANDRES FELIPE

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.

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: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8205-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	08	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDRES FELIPE GONZALEZ	DOCUMENTO: 1015448087						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como GESTOR COMUNITARIO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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. Acta, listado de reunión
3. Gestor Comunitario del componente Centro de Escucha Habitanza en Calle, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios de Salud Norte	Centro de escucha habitanza en calle, soportado en actas, listados, informe cualitativo, documento memoria progresiva, matrices y cuadros de control.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (1,885,227): M/CTE ($) UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE

Andres Felipe Gonzalez CC: 1015448087	Fecha : 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ANDRES FELIPE GONZALEZ**, identificada con **CC** número **1015448087**, aportó por el empleado **ANDRES FELIPE GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **1015448087** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 07 - 2022 de la siguiente forma.

EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	5 9									0	30	$1,000,000	0.12500	$125,000	$0	$0	Julio - 2022	60958665	08/08/2022	NO
14-11	ARL SURA	5 9									0	30	$1,000,000	0.02436	$24,400	$0	$0	Julio - 2022	60958665	08/08/2022	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	5 9									0	30	$1,000,000	0.16000	$160,000	$0	$0	Julio - 2022	60958665	08/08/2022	NO

COPIADO

El presente certificado se expide a los 19 días del mes Agosto 2022

Este documento no requiere firma autógrafa por parte de Compensar (Decreto 19 de 2012)

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:	GONZALEZ ALDANA HELSON DAVID			218168
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018456738	
CORREO	helsondavid@hotmail.com	CELULAR	3103002220	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	0034272617		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8206-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44376	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54619	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64861	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69636	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5283	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18100	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	23508	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26129	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27875	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35643	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35642	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,223,045
VALOR EJECUTADO:	50,223,045
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

10/8/2022
GONZALEZ ALDANA HELSON DAVID
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.

61064210	185,500	237,500	3	36,200	0	459,200
61272101	2,500	3,200		500	0	6,200

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Helson Gonzalez A 1018457036

GONZALEZ ALDANA HELSON DAVID

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO				UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 8206 – 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: HELSON DAVID GONZALEZ ALDANA	DOCUMENTO: 1018456738						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Enfermero en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizaje APGAR , canalizaciones y seguimientos	actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes, como la entrega de la matriz 1166, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

HELSON DAVID GONZALEZ ALDANA CC: 1018456738	Fecha: 31/08/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1018456736	HELSON DAVID GONZALEZ ALOANA	DIAGONAL 115 A 70 F 32	2353130	HELSONDAVID@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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
81064210	12/08/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	N	24/08/2022	91272101	$6,500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	2,500	0		0		0	15	100	0	2,600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	3,200	0	0	0	0	15	100	0	3,300	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	500				500	15	100	600			5	600	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	2,500	2,600
Pensión	1	3,200	3,300
Riesgos Laborales	1	500	600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6,200	6,500

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	1018456738	HELSON DAVID GONZALEZ ALDANA		DIAGONAL 115 A 70 F 32	2353130	HELSONDAVID@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	1 -- 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
61064210	12/08/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	N	24/08/2022	51272101	36.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspensa	Retirado	Extranj. no obligado	Encuentra	ING	SLN	INC	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC SPS	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	1018456738	GONZALEZ ALDANA HELSON DAVID	57	0			N									25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPSS17	1.500.000	197.500	14-11	1.500.000	3	36.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Secretaría Distrital 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:	GONZALE REDONDO TATIANA		216714
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52781099
CORREO	TATACHAO@GMAIL.COM	CELULAR	3196345488
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	451800069028		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8208-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44160	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54621	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64560	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5285	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18098	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	23506	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26123	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27871	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35639	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35638	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,793,957
VALOR EJECUTADO:	49,793,957
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 minimo 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 minimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
7845670600	185,100	236,900	3	36,100	0	458,100

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Tatiana Gonzalez Redondo.
GONZALE REDONDO TATIANA
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 firmado por supervisor encargado.

7849524811	1,800	2,300	400	0	4,500

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Tatiana González Redondo.

CONZALE REDONDO TATIANA

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.

	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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA -PIC
No. DE CONTRATO: 8208-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNÁNDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: TATIANA GONZALEZ REDONDO	DOCUMENTO: 52781099						
OBJETO DEL CONTRATO: OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PSICÓLOGA en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con cordinación del espacio y apoyos. Soportes de preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	Reunión mensual de equio para socialización de tematicas de humanización, gestion del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio. Acta, listado de reunión.
3. Profesional universitario del componente RBC soporte salud mental, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la subred integrada de servicios de salud norte.	Información, asesoría y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicación a familias con personas con discapacidad, reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones, Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologia a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad, reporte diario de asesorias y seguimiento virtual RBC y
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo.	Tablero de control e informe mensual, soportes de insumo para informe.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3.736.514) PESOS. TRES MILLONES SETESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

Tatiana Gonzalez Redondo

TATIANA GONZALEZ REDONDO

CC: 52781099

Fecha: 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52781099
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TATIANA GONZALEZ REDONDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 36 # 14 - 64 APTO 301	TELÉFONO:	8134198
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Estudios de mercado y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7845670600**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/08/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1603863577

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 236.900
SUBTOTAL:			1	**$ 236.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 185.100
SUBTOTAL:			1	**$ 185.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 36.100
SUBTOTAL:			1	**$ 36.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 458.100**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52781099
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TATIANA GONZALEZ REDONDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 36 # 14 - 64 APTO 301	TELÉFONO:	8134198
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Estudios de mercado y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7849524811**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2022	SALUD:	AÑO:	2022	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/08/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1611261126		

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7845670600	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2022/08/15

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 2.300
SUBTOTAL:			1	**$ 2.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 1.800
SUBTOTAL:			1	**$ 1.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 400
SUBTOTAL:			1	**$ 400**

TOTAL PAGADO:	**$ 4.500**

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:	GUERRERO ORTIZ OFELIA		217405
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52441036
CORREO	ofita251@gmail.com	CELULAR	3153631183
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	477870006327		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8211-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44157	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55154	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64858	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5288	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15986	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18095	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24500	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26115	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27862	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35629	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35623	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	53,909,301
VALOR EJECUTADO:	53,909,301
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ofelia Guerrero Ortiz CC 52441036

GUERRERO ORTIZ OFELIA

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.

7845442594	187,000	239,400	3	36,500	0	462,900
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ofelia Guerrero Ortiz CC 52441036

GUERRERO ORTIZ OFELIA

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-PIC
No. DE CONTRATO: 8211-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OFELIA GUERRERO ORTIZ	DOCUMENTO: 52441036						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos, participar en capacitaciones, socializaciones y modulos 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, 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.	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.
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo en el marco de los servicios de avcogida- seguimiento a identificación del riesgo- canalizaciones a rutas de atención y aplicación de tamizaje APGAR .	Participar en actividades de identificación del riesgo, aplicación del instrumento APGAR familiar en intervención Breve
4. Participar en actividades de desarrollo de encuentros comunitarios	Desarrollos de 8 espacios comunitarios y 2 jornadas de menor consumo de alcohol.
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades.	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el primer corte del mes, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($)3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

Ofelia Guerrero Ortiz CC52441036

OFELIA GUERRERO ORTIZ
CC: 52.441.036

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIV

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52441036
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			OFELIA GUERRERO ORTIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 111 A # 148-75 INT-1-504	TELEFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y te
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
NÚMERO PLANILLA			7845442594	TIPO DE PLANILLA:		H
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Jul AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Jul AÑO
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/08/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PA
230201	230201- PROTECCION	1	$ 239.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 239.400	$ 0	
SUBTOTALES:										$ 239.400	$ 0	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 187.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.000	$ 0	$ 0	
SUBTOTALES:													$ 187.000	$ 0	$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 36.500	$ 0	$ 0	
SUBTOTALES:									$ 36.500	$ 0	$ 0	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COL. RESIDENTE EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 52441036	GUERRERO ORTIZ OFELIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.497.000				NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201- PROTECCION	30	$ 1.495.800	$ 239.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239.400

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.495.800	$ 187.000	$ 0	$ 187.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.495.800	52441036	$ 36.500

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$

TOTAL

2022/08/11 11:21 PM USUARIO: SOI CC52441036

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HERNANDEZ PALACIOS YENNY ANDREA									217895	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula			No.		1030674109					
CORREO	jeandre96@gmail.com			CELULAR		3046028895					
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano										
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y			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	8			TIPO CUENTA		AHORROS					
NUMERO CUENTA BANCARIA	4762014560										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8213-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44855	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55156	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65559	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69639	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5290	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15982	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18094	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24499	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26112	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27858	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35618	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35615	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	INGENIERA AMBIENTAL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	2,299,415	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:	32,249,783
VALOR EJECUTADO:	32,249,782
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YennyPH C.C 1030674109

HERNANDEZ PALACIOS YENNY ANDREA

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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9437553865	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HERNANDEZ PALACIOS YENNY ANDREA C.C 1030674109

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					UNIDAD:SALUD P		
No. DE CONTRATO: 8213-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YENNY ANDREA HERNÁNDEZ PALACIOS	DOCUMENTO:1030674109						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Ingeniero ambiental para el area de la salud publica – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Gestion del cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestion del cuidado comunitario en el barrio Santa Cecilia Alta priorizado desde nivel central en la Localidad de Usaquén, dónde se desarrollan las siguientes actividades: planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial e identificación de actores y cartografía social.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2,299,415)

Yenny P.H.

YENNY ANDREA HERNÁNDEZ PALACIOS

CC: 1030674109

Fecha :31/08/2022

Firma de recibido supervisor: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030674109		HERNANDEZ PALACIOS YENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 37 SUR 78 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3111111	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1595377564	96375518A5	I	2022-08-08	2022-08-09	BANCO DAVIVIENDA	6	$311,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1030674109	HERNANDEZ YENNY	25-14	28	$1,000,000	$160,000	EPS008	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

APORTES	Codigo	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR NOMINAL	INTERESES MORA	SANCION INCAPACIDADES	TOTAL A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$900	$0	$160,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$900	$0	$160,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$200	$0	$24,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$200	$0	$24,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$700	$0	$125,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$125,000	$700	$0	$125,700
TOTAL				1	$310,400	$1,800	$0	$312,200

2022/08/09 02:21 PM

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HERNANDEZ MORENO SANTIAGO ANDRES		217070
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1001185554
CORREO	sh863871@gmail.com	CELULAR	3219512436
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8214-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44852	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54634	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66975	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5291	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15977	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18093	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24498	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26110	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27855	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35531	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35530	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	19,865,750
VALOR EJECUTADO:	19,749,901
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,676,615
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	217
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	115,849
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.42 %

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

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Santiago Hernández

HERNANDEZ MORENO SANTIAGO ANDRES

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.

impulsado por CamScanner

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica- Ferias	
No. DE CONTRATO: 8214-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Sandra Maria Bocarejo Hernandez		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Santiago Andres Hernandez Moreno	DOCUMENTO: 1,001,185,554							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor Comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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 clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	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.
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales, a Los Habitantes de Calle, mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicos saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las personas en habitanza en calle	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES:

TOTAL A; UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($1,676,615)

Santiago Hernandez

Santiago Andres Hernandez Moreno

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 1.001,185,554

Fecha: 31/08/2022

Firma de recibido supervisor

Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

impulsado por CamScanner

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	1001185554	Santiago Hernandez Moreno	Carrera 73 #40-83 sur	4521092	sh863871@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	61060984	$309.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	1	200	0	125.200	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	160.000	0	0	0	0	1	200	0	160.200	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	24.400				24.400	1	100	24.500			244	24.500	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	125.000	125.200
Pensión	1	160.000	160.200
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.900

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001185554	Santiago Hernandez Moreno		Carrera 73 #40-83 sur	4521092	sh863871@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	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	61060984	$309.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Salario	Extranjero	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EXPEDICIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	1001185554	Hernandez Moreno Santiago ANDRES	57	0			N																25-14	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.900	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

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 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:	HERNANDEZ VELASQUEZ JAIRO ORLANDO											217255	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.							1018481993	
CORREO	jairohdzmfc@gmail.com				CELULAR							3193269445	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y				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	4				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	67052876637												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8215-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44851	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1716	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	54635	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66974	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5292	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18092	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24497	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26106	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27852	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35529	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35528	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	BACHILLER							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	1,437,099	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:	20,946,057
VALOR EJECUTADO:	20,938,375
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,738,426
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	225
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,682
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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
60912960	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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

Jairo Hernández
1.018.481.993
HERNANDEZ VELASQUEZ JAIRO ORLANDO

	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jairo Hernández
1.018.441.993

HERNANDEZ VELASQUEZ JAIRO ORLANDO

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO			UNIDAD:		Salud Publica - PIC		
No. DE CONTRATO: 8215-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JAIRO ORLANDO HERNANDEZ VELASQUEZ	DOCUMENTO:1018481993						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. 3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas	Actividades de enganche y recorridos en calle
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios	Encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes. como la entrega de la matriz 1186, Informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($): M/CTE ($)1.738.426 UN MILLON SETECIENTOSTREINTA Y OCHO MIL CUATROSCIENTOS VENTISEIS PESOS M/CTE

Jairo Hernández

JAIRO ORLANDO HERNÁNDEZ VELÁSQUEZ
CC. 1018481993

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estaré 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	1018481993	JAIRO ORLANDO HERNANDEZ VELASQUEZ	Transversal 78h bis # 41g 36 sur	3183545388	jairobdzmfo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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	
2022-07	2022-07	I	09/08/2022	60912960	$309.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	860903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1018481993	JAIRO ORLANDO HERNANDEZ VELASQUEZ		Transversal 78h bis # 41g 36 sur	3182545386	jairohdzmtc@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	
2022-07	2022-07	I	09/08/2022	60912960	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Principal	Cotizante no obligado a aportar pensión	Cotizante no obligado a aportar salud	Ingreso	Retiro	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	INC	ERP	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018481993	HERNANDEZ VELASQUEZ JAIRO ORLANDO	ST	R																			230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	125.000	14-41	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

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:	HERRERA MEZA LINA PAOLA		217844
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018422173
CORREO	lpherreram@gmail.com	CELULAR	3202644518
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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: 8216-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44849	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55157	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65843	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5293	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18091	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24496	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26104	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27850	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35527	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35526	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN ARTES

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	32,333,797
VALOR EJECUTADO:	32,333,796
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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
1048165632	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lina Herrera C.C. 1018422173

HERRERA MEZA LINA PAOLA

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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HERRERA MEZA LINA PAOLA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					UNIDAD:		SALUD PÚBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8216-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	22	31	8	22
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LINA PAOLA HERRERA MEZA	DOCUMENTO: 1018422173						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TECNICO EN ARTES							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4.Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5.Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 2,299,415 DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE pesos

Lina Herrera

LINA PAOLA HERRERA MEZA:
CC: 1018422173

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-08-12, 06:25:02 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1048165632

Periodo Cotización 202207 **Periodo Servicio** 202207

Cliente:

PAGADA 2022-08-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA PAOLA HERRERA MEZA				
Documento	CC 1018422173	**Dirección**	CALLE 59 # 56 - 63 APTO 214		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202644518		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018422173						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00	Residente		Exonerado	N	HERRERA MEZA LINA PAOLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Trae. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Codigo Trae. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30						$ 1,000,000	23220*		16 %	$ 1,000,000	$ 160,000	$ 0	$ 0	EPS001		12,5 %	$ 1,000,000	$ 125,000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1,000,000	$ 24,400	CCF24	2 %	$ 1,000,000	$ 20,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ALIANSALUD	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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:	HOMES SANCHEZ NATHALY JOHANNA		217855
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019056822
CORREO	nathalyhomez@gmail.com	CELULAR	3505104584
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	13	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	6824978		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8217-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44848	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55158	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64046	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5294	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15973	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18080	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24495	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26100	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27849	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35525	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35524	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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:	68,810,357
VALOR EJECUTADO:	68,810,357
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nathaly Homez 1019056822.
HOMES SANCHEZ NATHALY JOHANNA
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.

60958941	245,300	313,900	3	47,900	6,100	613,200
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nathaly Homez 1019056822.
HOMES SANCHEZ NATHALY JOHANNA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO				**UNIDAD:**	**Salud publica-Ferias**		
No. DE CONTRATO: 8217-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**08**	**2022**	**31**	**08**	**2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NATHALY JOHANNA HOMEZ SANCHEZ	**DOCUMENTO: 1019056822**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como fisioterapeuta en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Profesional universitario 3.profesional especializado 3.plan de accion centro de escucha para el acondicionamiento fisico y salud mental, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Plan de accion, aplicación de las encuestas y reporte semanal en la matriz de seguimiento, identificacion de escenarios comunitario ,concertaciones de actores comunitario para el centro de escucha acondicionamiento fisico y salud mental e implementación de centros de escucha, informe mensual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (4,886,080) Cuatro millones ochocientos ochenta y seis mil, cero ochenta pesos

Nathaly Homez

NATHALY JOHANNA HOMEZ SANCHEZ
CC 1019056822

Fecha 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1019056822	NATHALY JOHANNA HOMEZ SANCHEZ	carrera 103 # 75 c 31	3505104584	nathalyhomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2022-06	2022-06	1	13/07/2022	80257701	$528.300	

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					
EPS016	EPS Sura	800088702-2	209.400	0		0		0	0	0	0	209.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	268.000	0	0	0	0	0	0		268.000	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	830903790-5	40.800				40.800	0	0	40.800			408	40.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
COF22	Colsubsidio	860007336-1	10.100	0	0	10.100	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	209.400	209.400
Pensión	1	268.000	268.000
Riesgos Laborales	1	40.800	40.800
CCF	1	10.100	10.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	528.300	528.300

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	1019056822	NATHALY JOHANNA HOMEZ SANCHEZ		carrera 103 # 76 c 31	3505104584	nathalyhomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-06	2022-06	1	13/07/2022	80257701	$528,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Horas Laboradas	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	Correcciones	IGE	IRP	TDE	TAE	DAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1019056822	HOMEZ SANCHEZ NATHALY JOHANNA	59	0			N																	230301	1,674,786	269,400	0	0	0	0	EPS010	1,674,786	269,400	14-11	1,674,786	3	40,800	CCF22	1,674,786	10,100	0	0	0	0	0

PAGADO

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	1019056822	NATHALY JOHANNA HOMEZ SANCHEZ		carrera 103 # 75 c 31	3505104584	nathalyhomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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
80257701	13/07/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	N	22/07/2022	80464116	$74.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Pensión	Exonerado	Extranjero sin Cédula	Reintegro	ING	RET	TDE	TAE	TDP	DAS	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1019056822	HOMEZ SANCHEZ NATHALY JOHANNA	29	0		N																		230201	1,916,500	306,700	0	0	0	0	EPS015	1,916,500	239,600	14-11	1,916,500	3	46,700	CCF22	1,874,766	19,193	0	0	0	0	0

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	1019058822	NATHALY JOHANNA HOMEZ SANCHEZ	carrera 103 # 75 c 31	3505184584	nathalyhomez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	ND

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
80257701	13/07/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	N	22/07/2022	80464116	$74.800	

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	30.200	0		0		0	0	0	0	30.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	38.700	0	0	0	0	0	0		38.700	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	830603780-5	5.900				5.900	0	0	5.900			59	5.900	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, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	30.200	30.200
Pensión	1	38.700	38.700
Riesgos Laborales	1	5.900	5.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	74.800	74.800

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:	INFANTE RINCON SANDRA MILENA		217417
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52488454
CORREO	sinfanterincon16@gmail.com	CELULAR	3204087422
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	8	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4802008225		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8218-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44846	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55159	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60977	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2300	FECHA	29/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	63404	FECHA	29/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	65699	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 6	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	5295	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18089	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24494	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26098	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27847	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35523	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35522	FECHA	16/08/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	31,325,629
VALOR EJECUTADO:	31,325,628
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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 minimo legal vigente.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sandra Infante CC 52'488454
INFANTE RINCON SANDRA MILENA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60267953	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	0	0		0	0	
NUMERO DE PLANILLAS ES EL 1047436426 SE AJUSTA POR ERROR EN DIGITACION						
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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

INFANTE RINCON SANDRA MILENA c.c. 52'488 454
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 6218-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SANDRA MILENA INFANTE RINCÓN	DOCUMENTO: 52488454						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales, a Los Habitantes de Calle, mediante el	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las personas con discapacidad	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 2.299.415 DOS MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

Fecha : 31/08/2022

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA MILENA INFANTE RINCÓN
CC: 52488454

Firma de recibido supervisor:
DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
DIRECTORA DE GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creacion reporte: 2022-08-10. 04:52:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1047436426

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8835495180

PAGADO 10/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA INFANTE RINCON		
Documento	CC52488454	**Dirección**	CR 98A #63 - 49
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204087422
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	EDE	EAE	EDF	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52488454	SANDRA MILENA INFANTE RINCON	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS032) SALUD TOTAL EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	2.436	$ 1.000.000	$ 24.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 0	$ 309.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	JIMENEZ AGUIRRE SERGIO ANDRES			217310
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032428852	
CORREO	sergiozonados@hotmail.com	CELULAR	3112598067	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24061665749		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8219-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44845	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55160	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66973	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5296	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15969	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18088	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24493	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26095	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27845	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35521	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35520	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	19,858,249
VALOR EJECUTADO:	19,850,569
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,784,784
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	231
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032428852
JIMENEZ AGUIRRE SERGIO ANDRES
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.

1047605239	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JIMENEZ AGUIRRE SERGIO ANDRES
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.

	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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADADO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS.
No. DE CONTRATO: 8219-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SERGIO ANDRES JIMENEZ AGUIRRE	DOCUMENTO: 1032428852						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como profesional en artes en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de gestión del riesgo, reinducción del Plan de Intervenciones Colectivas, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) :1.784.784 UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHETA Y CUATRO PESOS.

SERGIO ANDRES JIMENEZ AGUIRRE
CC:1032428852

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
Fecha: 1/8/2022

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-09-14, 02:44:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048113091

Periodo Cotización: agosto de 2022 **Periodo Servicio:** agosto de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8873150560

PAGADO 14/09/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERGIO ANDRES JIMENEZ AGUIRRE		
Documento	CC1032428852	**Dirección**	KR 2 ESTE 45B 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112598067
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	INT	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APD	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1032428852	SERGIO ANDRES JIMENEZ AGUIRRE	59	00																		0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.000.000	$ 125.000	2,436	$ 1.000.000	$ 24.400	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.000.000	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400	$ 600	$ 330.000

Líneas de Servicio ForoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	LADINO ALVARADO RUDY DANIEL		217082
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1010247318
CORREO	ZILLIONLLIWI@GMAIL.COM	CELULAR	3134535089
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488405636561		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8222-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44841	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55163	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66971	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5298	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15968	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18087	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24492	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26093	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27842	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35519	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35518	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	21,055,417
VALOR EJECUTADO:	20,947,293
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,637,984
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	212
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	108,124
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.49 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1010247318
LADINO ALVARADO RUDY DANIEL
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.

60469596	125,500	160,600	3	24,500	0	310,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 1010249318
LADINO ALVARADO RUDY DANIEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - PIC
No. DE CONTRATO: 8222 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RUDY DANIEL LADINO ALVARADO	DOCUMENTO: 1010247318						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas	Actividades de enganche y recorridos en calle
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	Desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.
6.	
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,637,984.00 UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA Y SIENTE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1010247318

Fecha: 31/08/2022
Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1010247318	RUDY DANIEL LADINO ALVARADO	KR 92 # 71 - 41 SUR	3134535089	zilionliwi@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60469596	$310.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	4	500	0	125.500	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	160.000	0	0	0	0	4	600	0	160.600	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	8909057990-6	24.400				24.400	4	100	24.500			244	24.500	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	125.000	125.500
Pensión	1	160.000	160.600
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	310.600

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	1010247318	RUDY DANIEL LADINO ALVARADO		KR 92 # 71 - 41 SUR	3134535089	zillonillavi@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	
2022-07	2022-07	1	03/08/2022	60469596	$310,600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Suiza	Extranjero	Dpto. Cotiza	Extranjero	Sede	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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	1010247318	LADINO ALVARADO RUDY DANIEL	59	0				N																	25-14	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS008	1,000,000	126,600	14-11	1,000,000	3	24,400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
Norte E.S.E		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:	LIVINGSTON ARRIAGA JENNIFER PATRICIA			217845
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018435094	
CORREO	jenny-livingston@hotmail.	CELULAR	3142892557	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	450700093427		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8224-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44836	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55165	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64558	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5300	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18084	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24414	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26088	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27839	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35505	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35503	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
7846640187	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIVINGSTON ARRIAGA JENNIFER PATRICIA
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

Subred I.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTE-50.03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN: 3
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS			
No. DE CONTRATO: 8224 -2021			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCANEGRA HERNANDEZ	PERIODO CERTIFICADO		1	08	2022	31	08	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JENNIFER PATRICIA UVINGSTON ARRIAGA	DOCUMENTO: 1018435094							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicóloga - Profesional Étnico Raizal, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100								

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 Acreditacion y Sistema de Información.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
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, Gestion clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	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.
3. Centro de Escucha Raizal	a) Implementación del analisis de los Centros de Escucha en Linea 1 Seguimiento al cumplimiento de la Política Publica Raizal 2 Gestión de procesos comunitarios en coordinacion con Gobernanza 3 Realizar la consolidación y actualización del listado censal que da cuenta de la identificacion de la población en Bogotá. a) Seguimiento y Acompañamiento a los casos de salud identificados de de los Centros de Escucha en Linea: involucra la consolidación de información para la estrategia y seguimiento frente al abordaje de problemáticas criticas identificadas en Salud b) Realizar seguimiento y fortalecimiento los servicios de salud para la detección, notificación, investigación y monitoreo de posibles casos sospechosos de coronavirus (COVID-19) identificando el grupo étnico, de acuerdo con la definición de caso establecida. c) Sensibilizacion a la comunidad Raizal sobre las circulares, resoluciones y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social sobre las medidas de prevención, contención y mitigación del Coronavirus (COVID-19) en grupos étnicos.

OBSERVACIONES: Ninguno

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) TRES MILLONES SETESIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3,736,514)

JENNIFER PATRICIA UVINGSTON ARRIAGA
CC: 1018435094

Fecha: 31/08/2022
SANDRA MARIA BOCANEGRA HERNANDEZ

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018435094
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER PATRICIA LIVINGSTON ARRIAGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 54 A 61 04	TELÉFONO.	2221494
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		**7846640187**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES.	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES	julio
OTROS SUBSISTEMAS	AÑO	2022	SALUD:	AÑO	2022
DÍAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2022/08/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1590196326

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 239.200
SUBTOTAL:			1	**$ 239.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 186.900
SUBTOTAL:			1	**$ 186.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 36.500
SUBTOTAL:			1	**$ 36.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 462.600**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LOPEZ FORERO KAREN ANDREA		217857
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019128892
CORREO	karenandreaa2507@gmail.	CELULAR	3204774101
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	009100758706		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8225-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44833	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55166	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64557	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5301	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18085	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24407	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26083	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27837	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35501	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35499	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	PSICOLOGO (A)							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
7845268446	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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 BOCANEGRA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Karen Andrea Lopez cc. 1019128892.
LOPEZ FORERO KAREN ANDREA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:	SALUD PUBLICA FERIAS	
No. DE CONTRATO: 8225-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN ANDREA LOPEZ FORERO	DOCUMENTO: 1019128892						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO: PSICÓLOGA							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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. Acta, listado de reunión
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3,736,514) PESOS. TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS.

Karen Andrea López

KAREN ANDREA LOPEZ FORERO
CC: 1019128892

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor:
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019128892
NOMBRE O RAZON SOCIAL			KAREN ANDREA LOPEZ FORERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 150A 91-01-29	TELEFONO:	5209799
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7845268446	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	julio	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2022
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/08/08	NÚMERO AUTORIZACION:			1590937880

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	APORTES	MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 239,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 239,200	$ 0	$ 239,200
SUBTOTALES:										$ 239,200	$ 0	$ 239,200

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR APORTES	MORA COTIZACION	MORA VALOR APORTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 186,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 186,900	$ 0	$ 0	$ 186,900
SUBTOTALES:													$ 186,900	$ 0	$ 0	$ 186,900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-1	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35,900	$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 36,500
TOTALES:									$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 36,500

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES					
																						PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF	SENA	ICBF	ESAP	IMINEDU
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	CONMUTADO EXPATRIADO	REFORMA TRIBUTARIA	IRP	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTE
1	CC 1019128892	LOPEZ FORERO KAREN ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1,465,500		NO								01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1,494,505	$ 239,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239,200	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1,494,505	$ 186,900	$ 0	$ 186,900	14-11-ARL SURA	30	$ 1,494,505	$ 36,500	$ 36,500	30	$ 1,494,505		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 462.600

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	LUNA VARGAS LEOPOLDO		217493
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79691728
CORREO	leluvar@yahoo.com	CELULAR	3108586483
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	8670443939		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8229-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44812	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55170	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64045	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5304	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18081	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24399	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26074	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27830	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35494	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35490	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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:	64,372,661
VALOR EJECUTADO:	64,372,661
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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
60905579	245,100	313,700	3	47,900	0	606,700

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUNA VARGAS LEOPOLDO
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUNA VARGAS LEOPOLDO
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 Distrital 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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**	
No. DE CONTRATO: 8229-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Sandra Maria Bocarejo Hernandez		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Leopoldo Luna vargas	**79691728**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PSICOLOGO ESPECIALIZADO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	5%	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.	Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	Acta, listado de reunión
Profesional Especializado en apoya las acciones de gestión técnica y operativa y de construcción de redes sociales de apoyo en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	40%	Socializar la estrategia en espacios locales, participacion en las mesas locales de estupefacientes de la Subred Norte de Salud.	actas y listados de asistencia
	45%	Seguimiento, Acompañamiento y apoyo en sesiones colectivas y familiares de los equipos de trabajo de servicios de acogida activar la red social territorial en coordinación con el equipo interdisciplinario	Actas precritica, listados de asistencia
	5%	Insumos para informe mensual	informe mensual
	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) ($4,886,080) Cuatro millones ochocientos ochenta y seis mil ochenta PESOS M/CTE

Leopoldo L. NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 79691728	Fecha : 31/08/2022 Sandra Maria Bocarejo Hernandez Firma de recibido supervisor

Nota: Este informe de obligaciones para 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	79691728	LEOPOLDO LUNA VARGAS		CLL 22C BIS 69-57	8075084	leluvar@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – 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
2022-07	2022-07	E	08/08/2022	60905579	TOTAL A PAGAR	
					$609.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	244.400	0		0		0	3	700	0	245.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	312.800	0	0	0	0	3	900	0	313.700	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	47.700				47.700	3	200	47.900			477	47.900	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	244.400	245.100
Pensión	1	312.800	313.700
Riesgos Laborales	1	47.700	47.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	604.900	606.700

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	79691728	LEOPOLDO LUNA VARGAS		CLL 22C BIS 89-57	8075084	lalunar@yahoo.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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	80905579	$606,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Residente	Estudiante	Cotiz. movilidad	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	79691728	LUNA VARGAS LEOPOLDO		59	0			N																230301	1,954,500	312,800	0	0	0	0	EPS008	1,954,500	244,400	14-11	1,954,500	II	47,700		0	0	0	0	0	0	0	0

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:	MACHADO LONGA DIANA MARTHA		217350
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	39778354
CORREO	;dianamachao1966@gmail.	CELULAR	3104188240
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	7500815886		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8230-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44809	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55171	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60978	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65696	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5305	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15953	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18080	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24397	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26071	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27828	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35488	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35486	FECHA	16/08/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	31,913,727
VALOR EJECUTADO:	31,913,726
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según plapilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Machado 39778354
MACHADO LONGA DIANA MARTHA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438235358	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Machado 39778354
MACHADO LONGA DIANA MARTHA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		SALUD PUBLICA FERIAS			
No. DE CONTRATO: 8230 -2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MACHADO LONGA	DOCUMENTO: 39778354							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales, a Los Habitantes de Calle, mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia
4. Sistematización de las acciones realizadas con las personas en habitanza en calle.	Sistematización de basos de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($2,299,415) UN MILLÓN DOS MILLONES DOSCIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSQUINCE PESOS M/CTE

Diana Machado

DANNY OTAVO MONROY

CC. 80120136

Fecha: 31/08/2022

Supervisor

Firma de recibido

DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39778354		MACHADO LONGA DIANA MARTHA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B # 119 A 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	12559685	94382353S8	I	2022/08/11	2022/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$309,400	$0	$0	$309,400

2022/08/08 09:53 AM

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MANRIQUE CRUZ GINA VANNESA		217250
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018471426
CORREO	vannemanriquecruz1994@g	CELULAR	3125220039
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	51278299		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3232-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44802	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55173	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64857	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69640	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5307	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15949	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18078	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24394	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26067	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27821	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35481	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35479	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	56,144,832
VALOR EJECUTADO:	56,144,832
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,519,977
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	225
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.

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VaneManrique CC 1018471426

MANRIQUE CRUZ GINA VANNESA

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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60878130	201,900	258,500	3	39,400	0	499,800
	0	0		0	0	

El supervisor del contralo 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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 1018471426

MANRIQUE CRUZ GINA VANNESA

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 Distrital 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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica-Pic
No. DE CONTRATO: 8232-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GINA VANNESA MANRIQUE CRUZ	DOCUMENTO: 1018471426						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TERAPEUTA OCUPACIONAL en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1Contribuir 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	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad. Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecución de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Valoracion del riesgo por consumo de SPA por medio del Modelo de Ocupacion Humana, plan de trabajo, pre-test. Sesiones colectivas de fortalecimiento de habilidades para la vida. Cierre y evaluacion final del plan de trabajo y posl-test. Insumos para informe mensual.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($4,519,977) CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Gina Vannesa Manrique Cruz CC: 1018471426	Fecha : 24/08/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018471426	GINA VANNESA MANRIQUE CRUZ		Calle 34 sur 12 71	3217570648	vannemanriquecruz1994@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTA, D. C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	05/08/2022	80878130	5499.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	201.900	0		0		0	0	0	0	201.900	1

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING a Proteccion)	800227139-0	256.500	0	0	0	0	0	0		256.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	8[illegible]790-8	39.400				39.400	0	0	39.400			394	39.400	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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 (GE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	201.900	201.900
Pensión	1	256.500	256.500
Riesgos Laborales	1	39.400	39.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	499.800	499.800

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

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:	MARIN MARIN LISETH TATIANA			217185
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1012404457	
CORREO	tatis5254@gmail.com	CELULAR	3208447810	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	570119701		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8233-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44799	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55174	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64551	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5308	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18077	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24392	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26064	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27819	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35477	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35475	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	50,917,381
VALOR EJECUTADO:	50,917,381
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,138,290
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	206
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
60930651	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Liseth Marin 1012404457
MARIN MARIN LISETH TATIANA
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIN MARIN LISETH TATIANA
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica-Ferias
No. DE CONTRATO: 8233-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA.SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Liseth Tatiana Marin Marin	DOCUMENTO: 1012404457						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSICOLOGO (A), en el marco del plan de acciones colectivas del PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garant i a 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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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.Acta, listado de reunión
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacida, Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad, Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones, Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y
4. seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual, soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): MM/CTE ($) ($4,138,290) PESOS. CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL DOSIENTOS NOVENTA PESOS

Liseth Marin

LISETH TATIANA MARIN MARIN

CC: 1012404457

Fecha : 31/08/2022

supervisor

Firma de recibido

DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1012404457	LISETH TATIANA MARIN MARIN	CR 88 J 71A-SUR 83	6945407	TATIS5254@GMAIL COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	80930651	TOTAL A PAGAR	
					$492.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	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	830903790-5	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.900	0	0	29.900	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	186.900	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	1	29.900	29.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	492.500	492.500

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	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012404457	LISETH TATIANA MARIN MARIN	CR 85 J 71A-5 SUR 83	6845407	TATIS62548@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 = 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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60930651	$492.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMENTARIOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012404457	MARIN MARIN LISETH TATIANA	59	0			N																23-0201	1.494.800	23.1200	0	0	0	0	EPS038	1.494.800	185,900	14-11	1.494.800	1	35.500	CCF24	1.494.800	20.900	0	0	0	0	0

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 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:	MARIN NAFFAH GLORIA JIMENA		217852
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019037764
CORREO	jimenanaffahps@gmail.com	CELULAR	3183558788
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	9170421730		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8234-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44796	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55175	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64549	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5309	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18076	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24391	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26062	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27817	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35474	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35473	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
60910495	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jimena Marín Naffah CC 1019037764
MARIN NAFFAH GLORIA JIMENA
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.

Escaneado con CamScanner

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jimena Marín Naffah CC 1019037764
MARIN NAFFAH GLORIA JIMENA
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

Escaneado con CamScanner

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - PIC FERIAS	
No. DE CONTRATO: 8234	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GLORIA JIMENA MARIN NAFFAH	DOCUMENTO: 1019037764							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicóloga en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Desarrollar actividades orientadas al mejoramiento de calidad de vida de la comunidad barrista mediante estrategias de fortalecimiento de habilidades psicosociales que permiten la prevención de violencias, prevención del suicidio y la sana convivencia; así como actividades que se orientan hacia los habitos saludables, el desarrollo de actividad física, el cuidado del medio ambiente, entre otras actividades.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de tematicas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Realización de informe cualitativo y cuantitativo mensual, tablero de control	Sistematización de resultados de las acciones, en los informes cuali-cuantitativos y el tablero control.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS MONEDA CORRIENTE

Jimena Marín Naffah

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

GLORIA JIMENA RAMIREZ NAFFAH

CC. 1019037764

Fecha :31/08/2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Escaneado con CamScanner

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	1019037764	GLORIA JIMENA MARIN NAFFAH		CALLE 152 # 94 A - 67	3162353619	JIMENANAFFAHPS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTA 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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60810495	$492.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Exterior	Extranjero	Colombiano Exterior	Sucursal	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SPE	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	1019037764	MARIN NAFFAH GLORIA JIMENA	59	0			N																	230201	1.494.800	239.200	0	0	0	0	EPS035	1.494.800	186.900	14-15	1.494.800	3	36.600	CCF24	1.494.800	29.900	0	0	0	0	0

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	1019037784	GLORIA JIMENA MARIN NAFFAH	CALLE 152 # 94 A - 67	3162353619	JIMENANAFFAHPS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
2022-07	2022-07	1	08/08/2022	60910495	$492.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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	Protección (ING + Proteccion)	800229739-0	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	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. Autorizacion	Valor										
14-11	ARL SURA	891900790-5	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.900	0	0	29.900	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 ISE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	186.900	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	1	29.900	29.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	492.500	492.500

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	MARIÑO TIBANA GERALDINE				217909
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula		No.	1033729226	
CORREO	GMARINOT2013@GMAIL.		CELULAR	3014796291	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y		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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	69055142726		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8236-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44790	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55177	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65551	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69641	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5310	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15944	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18075	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24389	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26059	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27815	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35471	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35469	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO(A) AMBIENTAL Y/O SANITARIO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	33,401,975
VALOR EJECUTADO:	33,401,974
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1033729226
MARIÑO TIBANA GERALDINE
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60991902	125,000	160,000	3	24,400	6,000	315,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1033724226
MARIÑO TIBANA GERALDINE
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**Salud Pública - PIC**	
No. DE CONTRATO: 8236-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO		**1**	**08**	**2022**	**31**	**08**	**2022**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GERALDINE MARIÑO TIBANA	**DOCUMENTO: 1033729226**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Tecnico ambiental Para el area de la salud publica – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Estrategia Hola vecino barrio San Fernando localidad de Barios unidos, apoyo en acciones de informacion y comunicación
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.	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.
3. Gestion de cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitarioen en el barrio San Fernando Localidad Barrios Unidos Estrategia hola vecino y Actividades de planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial e identificación de actores y caracterización cartografía social.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2,299,415)

GERALDINE MARIÑO TIBANA
CC: 1033729226

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1033729229	GERALDINE MARIÑO TIBANA	CL 90 83A-04	9013085	GERALDINE.MARINO2019@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	I	11/08/2022	80991902	$317.300	

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	125.000	0		0		0	6	700	0	125.700	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	160.000	0	0	0	0	6	900	0	160.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.400				24.400	6	200	24.600			244	24.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	6.000	6	100	6.100	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	125.000	125.700
Pensión	1	160.000	160.900
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	1	6.000	6.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	315.400	317.300

Este documento está clasificado como PÚBLICO 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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTINEZ CAMARGO JOSE RODOLFO		217876
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1024552798
CORREO	Josemarcam1721@gmail.	CELULAR	3202311380
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488401578411		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8238-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44760	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55179	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64548	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5312	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	18073	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24385	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26053	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27808	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP. 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP. 9	35464	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35463	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9438512130	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC. 1024552798
MARTINEZ CAMARGO JOSE RODOLFO
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.

	0	0	0	0	
El supervisor del contrato hace constar que los datos o 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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTINEZ CAMARGO JOSE RODOLFO
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		SALUD PÚBLICA PIC		
No. DE CONTRATO: 8238-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSE RODOLFO MARTÍNEZ CAMARGO	DOCUMENTO: 1024552798						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo como PSICÓLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a la necesidades de la institucion							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST y AUDIT y CARLOS según corresponda, plan de trabajo, pre-test
	seguimiento individual, intervencion breve y psicoeducación
	Cierre y evaluacion final del plan de trabajo y post-test
	Insumos para informe mensual

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (3.736. 514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS): M/CTE ($)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Jose Rodolfo Martinez Camargo

CC: 1024552798

Fecha: 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024552798		MARTINEZ CAMARGO JOSE RODOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 99 C N 61 B 29 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202341380	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1590821049	94385121 30	1	2022/08/23	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$462,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0
1	CC 1024552798	MARTINEZ JOSE	25-14	30	$1,494,606	$239,200	EPS037	30	$1,494,606	$186,900		0	$0	$0	14-13	30	$1,494,606	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,494,606	$239,200			$1,494,606	$186,900			$0	$0			$1,494,606	$36,500		$0	$0

2022/08/06 09:45 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024552798		MARTINEZ CAMARGO JOSE RODOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 99 C N 61 B 29 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202311390	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1590823049	9438512130	E	2022/08/23	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$462,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	8	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$462,600	$0	$0	$462,600

2022/08/06 09:45 AM

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:	MARTINEZ MORENO CARMEN RUTH		217343
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	35221482
CORREO	carmenruthmm@gmail.com	CELULAR	3005524505
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	476170027538		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8239-2021 — Nº DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44754	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55180	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65123	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69642	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5313	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15939	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18072	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24383	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26051	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27805	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35461	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35460	FECHA	16/08/2022

OBJETO: FISIOTERAPEUTA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,231,957
VALOR EJECUTADO:	52,231,957
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

35221482
MARTINEZ MORENO CARMEN RUTH
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
1048059102	187,000	239,400	3	36,500	0	462,900
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carmen Ruth Martinez 35221482

MARTINEZ MORENO CARMEN RUTH

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO					**UNIDAD:**		**Salud publica-Ferias**	
No. DE CONTRATO: 8239-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	08	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARMEN RUTH MARTINEZ MORENO	**DOCUMENTO:**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como fisioterapeuta en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Profesional universitario 3.profesional especializado 3.plan de accion centro de escucha para el acondicionamiento fisico y salud mental, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Plan de accion, aplicación de las encuestas y reporte semanal en la matriz de seguimiento, identificacion de escenarios comunitario ,concertaciones de actores comunitario para el centro de escucha acondicionamiento fisico y salud mental e implementación de centros de escucha, informe mensual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 3,736,514) Tres millones seteclentos treinta y seis mil quinientos catorce pesos M/CTE

CARMEN RUTH MARTINEZ MORENO CC 35221482	Fecha: 31/8/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-08-08, 07:56:05 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2022
Empresa	CARMEN RUTH MARTINEZ MORENO
CEDULA CIUDADANIA	CC 35221482
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1048059102
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1594240047
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 462.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 230.400	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 187.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 35.500	$ 0
			SubTotales:	$ 462.900	$ 0
			Total a Pagar:		$ 462.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTINEZ SALAMANCA YINETD ANDREA											217553	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.							1010202613	
CORREO	sclap92@hotmail.com				CELULAR							3142972772	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y				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	4				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	67335317243												

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8240-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44751	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55181	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66970	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5314	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15933	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18071	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24381	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26049	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27803	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35457	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35453	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	BACHILLER								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	08	2022		31	08	2022	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	1,437,099	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.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	19,682,877
VALOR EJECUTADO:	19,675,182
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,429,373
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	185
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,695
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTINEZ SALAMANCA YINETD ANDREA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8240	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Yineth Andrea Martinez Salamanca	DOCUMENTO: 1010202613						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como gestor barra en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Desarrollar actividades orientadas al mejoramiento de calidad de vida de la comunidad barrista mediante estrategias de fortalecimiento de habilidades psicosociales que permiten la prevención de violencias, prevención del suicidio y la sana convivencia; así como actividades que se orientan hacia los habitos saludables. el desarrollo de actividad física. el cuidado del medio ambiente. entre otras actividades.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especifícas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Realización de informe cualitativo y cuantitativo mensual, tablero de control	Sistematización de resultados de las acciones, en los informes cuali-cuantitativos y el tablero control.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,429,373 UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRES.

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Yineth Andrea Martinez Salamanca CC: 1010202613	Fecha: 31/08/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-09-21, 11:35:15 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 57694378

Periodo Cotización 202208 **Periodo Servicio** 202208

PAGADA 2022-09-21 11:30:06.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YINETD ANDREA MARTINEZ SALAMANCA				
Documento	CC 1010202613	Dirección	CR 90 #76 - 51		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173198526		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					MARTINEZ SALAMANCA YINETD ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgo	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporta Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																30	30	30	30					23032		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	MATEUS CASTRO DIANA PAOLA		217218
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1015438991
CORREO	diana.mateus.c@gmail.com	CELULAR	3214849201
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	8	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	570119578		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8241-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44746	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55182	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64856	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69643	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5315	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15929	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18070	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24379	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26047	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27801	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35451	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35450	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	TRABAJADOR (A) SOCIAL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,736,514	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:	52,514,370
VALOR EJECUTADO:	52,192,949
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	321,421
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.39 %

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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Mateus C.
cc. 1015438991
MATEUS CASTRO DIANA PAOLA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438512418	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Mateus C.

cc. 1015438991

MATEUS CASTRO DIANA PAOLA

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PÚBLICA PIC
No. DE CONTRATO: 8241-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PAOLA MATEUS CASTRO	DOCUMENTO: 1015438991						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo como TRABAJADORA SOCIAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a la necesidades de la institucion							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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 Unico de Acreditación y Sistema de Información.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST y AUDIT y CARLOS según corresponda, plan de trabajo, pre-test
	seguimiento individual, intervencion breve y psicoeducación
	Cierre y evaluacion final del plan de trabajo y post-test
	Insumos para informe mensual

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: M/CTE (3.736.514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

Diana Mateus C.

DIANA PAOLA MATEUS CASTRO

CC: 1015438991

Fecha . 31/08/2022

Firma de recibido supervisor Sandra María Bocarejo Hernandez

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015438991		MATEUS CASTRO DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 88 B #127D - 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7224940	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1590690203	9438512418	I	2022/08/22	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$462,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0
1	CC	1015438991	MATEUS DIANA	230201	30	$1,495,000	$239,200	EPS005	30	$1,495,000	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,495,000	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,495,000	$239,200			$1,495,000	$186,900			$0	$0			$1,495,000	$36,500		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015438991		MATEUS CASTRO DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 88 B #127D - 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7224940	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1590690203	9438512418	I	2022/08/22	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$462,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$462,600	$0	$0	$462,600

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	MAYA TORO DANIELA		216745
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1022417941
CORREO	danielaamayaa@gmail.com	CELULAR	3005094444
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	8	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	712076861		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8242-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44740	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1562	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 2	48200	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 3	55183	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60979	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	65160	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 6	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	5316	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18069	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24376	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26045	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27798	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35448	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35446	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	PROFESIONAL EN ARTES							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	53,733,765
VALOR EJECUTADO:	53,733,765
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MAYA TORO DANIELA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					UNIDAD:		Salud Pública - Ferias
No. DE CONTRATO: 8242 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	09	2022	8	9	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DANIELA MAYA TORO	DOCUMENTO: 1022417941						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ARTES							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de gestión del riesgo, reinducción del Plan de Intervenciones Colectivas, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.	Se llevan a cabo articulaciones con otros enles del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: M/CTE ($) 1´004.439 un millón cuatromil cuatrocientos treinte y nueve pesos.

DANIELA MAYA TORO CC 1022417941

Fecha: 30/09/2022
Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1022417941 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2022-07	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	2	4.300	100	4.400
Período salud:	2022-07	EPS005	800251440	SANITAS	1	2	3.400	100	3.500
Planilla Nro.:	24049413 Tipo N	14-11	890903790	ARL SURA	1	2	700	100	800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	0	2	0	0	0
Fecha transacción:	2022-08-11	PASENA	899999034	SENA	0	2	0	0	0
Banco:	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	2	0	0	0
Transacción:	1598538574	PAESAP	899999054	ESAP	0	2	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	2	0	0	0
							GRAN TOTAL		$ 8.700

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2022-07	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	234.900	0	234.900
Período salud:	2022-07	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	183.500	0	183.500
Planilla Nro.:	23799490 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	35.800	0	35.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2022-08-08	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1594418202	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
							GRAN TOTAL		$ 454.200

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:	GALVIS MEDINA RICARDO		216915
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	19454005
CORREO	richardpaz777@yahoo.com	CELULAR	3112455791
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	451570103528		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8243-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44739	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55184	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66969	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5317	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15924	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18068	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24374	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26043	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27797	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35445	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35443	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,463,731
VALOR EJECUTADO:	20,456,057
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,916,132
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	248
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,674
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GALVIS MEDINA RICARDO
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.

9437525389	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GALVIS MEDINA RICARDO

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO.					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-FERIAS
No. DE CONTRATO: 8243-2022	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RICARDO GALVIS MEDINA	DOCUMENTO: 19454005						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AGENTES DE CAMBIO - GESTOR COMUNITARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las nesecidades de la Institucion.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Fortalecimiento en atencion de salud a todo grupo poblacional, fortalecimientos de modos y habitos cuidadores en las ciudadanas y ciudadanos	Realizar acciones colectivas dirigida a la poblacion de todos los cursos de vida para promover el cuidado de la salud

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR $ 1.916.132.oo UN MILLON NOVECIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS ML

RICARD GALVIS MEDINA

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OC. 19454005

Fecha : 31_/_08_/_2022_

Firma de recibido Supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19454005		GALVIS MEDINA RICARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 161 # 12b 30 apto 508	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9202947	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	21827004	9438873652	1	2022/09/02	2022/09/09	BANCO DE OCCIDENTE	7	$311,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct ivl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
1	CC	19454005	GALVIS RICARDO	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	2.4365%	$24,400	0	$0	$0	No	$309,400
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19454005		GALVIS MEDINA RICARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 161 # 12b 30 apto 508	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9202947	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	21827004	9438873652	1	2022/09/02	2022/09/09	BANCO DE OCCIDENTE	7	$311,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$1,100	$0	$161,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$1,100	$0	$161,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$200	$0	$24,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$200	$0	$24,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$800	$0	$125,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$800	$0	$125,800
TOTAL				1	$309,400	$2,100	$0	$311,500

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:	MEDINA LOPEZ PATRICIA		217374
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	51907640
CORREO	patyco3066@hotmail.com	CELULAR	3105706573
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	452970037266		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8244-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44736	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55185	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60980	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65695	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5318	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18067	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24373	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26041	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27795	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35441	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35434	FECHA	16/08/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	31,301,625
VALOR EJECUTADO:	31,301,624
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Patricia Medina L.

MEDINA LOPEZ PATRICIA 51907640
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.

9437760288	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MEDINA LOPEZ PATRICIA 51902640
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ESPACIO PÚBLICO					UNIDAD:			SALUD PÚBLICA - FERIAS
No. DE CONTRATO: 8244-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PATRICIA MEDINA LOPEZ	DOCUMENTO: 51907640							

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Auxiliar de enfermería en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 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 (%): 100%

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuidate sé feliz , identificación e información y comunicación en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero,suba, engativa, barrios unidos y teusaquillo.	Se realiza durante el mes 23 jornadas del programa cuidate sé feliz donde se identifica;e informa y comunica en la promoción y prevención de la enfermedad, en las localidades de usaquen, chapinero, suba,engativa, barrios unidos y teusaquillo.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR : DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($ 2´299.415)

Patricia Medina L

PATRICIA MEDINA LOPEZ
CC 51907640

19/5/2022
Firma del supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

en línea

Planilla Unica de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51907640		MEDINA LOPEZ PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 34 12 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3624652	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	1000000785	9408751862	I	2020/08/12	2020/08/13	BANCO BOGOTA	0	$272,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC	51907640	MEDINA PATRICIA	230301	30	$878,806	$140,700	EPS005	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-23	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51907640		MEDINA LOPEZ PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 34 12 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3624652	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	1000000785	9408751862	I	2020/08/12	2020/08/13	BANCO BOGOTA	0	$272,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$0	$0	$140,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,700	$0	$0	$140,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				1	$272,100	$0	$0	$272,100

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MEDINA MEDINA DIEGO SEBASTIAN		217530
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80873970
CORREO	sebassdvsf85@gmail.com	CELULAR	3196405999
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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:	8245-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44735	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55186	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66968	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5319	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15918	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	18066	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24368	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26036	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27794	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35424	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35422	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	19,660,374
VALOR EJECUTADO:	19,652,679
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,429,373
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	185
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,695
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC. 80873970
MEDINA MEDINA DIEGO SEBASTIAN
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					UNIDAD:	FERIAS	
No. DE CONTRATO: 8245-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	22	31	8	22
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIEGO SEBASTIÁN MEDINA MEDINA	DOCUMENTO: 80.873.970						
OBJETO DEL CONTRATO: GESTOR COMUNITARIO							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4.Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5.Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.429.373)

DIEGO SEBASTIÁN MEDINA MEDINA
CC: 80.873.970

Fecha : 31/07/2022
Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-08-11, 04:17:36 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1047582191

Periodo Cotización 202207 **Periodo Servicio** 202207

Cliente:

PAGADA 2022-08-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIEGO SEBASTIAN MEDINA MEDINA				
Documento	CC 80873970	**Dirección**	CL 182 #7 B - 45		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3196405999		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80873970		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					MEDINA MEDINA DIEGO SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
INQ	REI	VDF	VAE	VTP	TAP	VSP	CDR	VSE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				230001		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000		14	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	NINCC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	MERCHAN PINEDA JHONN ISWAR		217258
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018511501
CORREO	jhonn24merchan@gmail.com	CELULAR	3168352664
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NÚMERO CUENTA BANCARIA	17400010536		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8246-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44729	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55187	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60981	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	67920	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5320	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15912	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18065	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24366	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26031	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27392	FECHA	30/06/2022
NÚMERO DE CDP: 11	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 11	27793	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35420	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 13	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 13	35418	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,691,017
VALOR EJECUTADO:	20,273,844
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,444,825
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	187
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	417,173
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	97.98 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1018511501

MERCHAN PINEDA JHONN ISWAR
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.

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
61036987	126,000	161,300	3	24,600	0	311,900
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1018541504

MERCHAN PINEDA JHONN ISWAR
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.

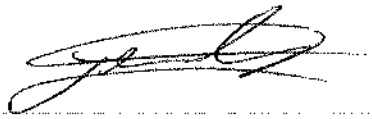
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-SO-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:	Salud pública - PIC
No. DE CONTRATO: 8246-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHONN ISWAR MERCHÁN PINEDA	DOCUMENTO: 1018511501					
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC						
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%						

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 Unico de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. 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	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
4 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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio
5.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecución de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Socializar y posicionar la estrategia en espacios locales y llegar a acuerdos de concertacion para la intervencion de los profesionales, participar en las mesas locales de SPA

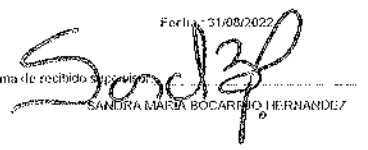
OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (1,444,825) UN MILLÓN CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE



JHONN ISWAR MERCHÁN PINEDA
CC. 1018511501

Fecha: 31/08/2022



Firma de recibido Supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1018511561	JHON CESAR MERCHAN PINEDA		Transversal 49 este # 58 A - 30	3153071835	jhoncz2mercha@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	81036867	$311,900	

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	125.000	0		0		0	0	1.000	0	126.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-5	160.000	0	0	0	0	0	1.300	0	161.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	860903790-5	24.400				24.400	0	200	24.600			244	24.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	125.000	126.000
Pensión	1	160.000	161.300
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	311.900

Este documento está autenticado con el PROVADO 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	1018511501	JHON N ISWAR MERCHAN PINEDA		Transversal 4b este # 55 A - 30	3133871835	jhonn2ameroch@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	81036887	531.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	Cotizante	Tipo	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cod. Novedad	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1018511501	MERCHAN PINEDA JHON ISWAR	59	F		N																		23002	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS010	1.000.000	125.500	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PÚBLICO 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:	MOGOLLON LOZANO SERGIO MANUEL		217902
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032442871
CORREO	sergio-mogollon@hotmail.	CELULAR	3192784463
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	17470668253		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8248-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44721	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55189	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60982	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	65397	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5321	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15908	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	18064	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24364	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26027	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27792	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35416	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35409	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,852,469
VALOR EJECUTADO:	49,852,469
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032442871

MOGOLLON LOZANO SERGIO MANUEL
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438677214	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOGOLLON LOZANO SERGIO MANUEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO. AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			UNIDAD:		SALUD PUBLICA-PIC		
No. DE CONTRATO: 8248-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SERGIO MANUEL MOGOLLON LOZANO	DOCUMENTO:1032442871						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Ingeniero Ambiental y Sanitario para el area de la salud publica – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Gestion del cuidado comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitario en el barrio Buenavista priorizado desde nivel central en la Localidad de Usaquén, dónde se desarrollan las siguientes actividades: planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial e identificación de actores y cartografia social

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): MICTE ($)TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS MICTE ($3,736,514)

SERGIO MANUEL MOGOLLON LOZANO

CC: 1032442871

Fecha: 31/08/2022

Firma de quien Supervisa: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032442871		MOGOLLON LOZANO SERGIO MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 166 N° 19 - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8117605	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598986855	9438677214	I	2022/08/17	2022/08/11	BANCOLOMBIA	0	$462,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,494,605	$239,200			$1,494,605	$186,900			$0	$0			$1,494,605	$36,500			$0	$0		$462,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,494,605	$239,200			$1,494,605	$186,900			$0	$0			$1,494,605	$36,500			$0	$0		$462,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,494,605	$239,200			$1,494,605	$186,900			$0	$0			$1,494,605	$36,500			$0	$0		$462,600
1	CC	1032442871	MOGOLLON SERGIO												X					23030 1	30	$1,494,605	$239,200	EPS005	30	$1,494,605	$186,900		0	$0	$0			14-11	30	$1,494,605	$36,500	2.436%	No	0	$0	$0	No	$462,600
Total		Afiliados(1)																				$1,494,605	$239,200			$1,494,605	$186,900			$0	$0			$1,494,605	$36,500			$0	$0		$462,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032442871		MOGOLLON LOZANO SERGIO MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 166 N° 19 - 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8117605	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598986855	9438677214	I	2022/08/17	2022/08/11	BANCOLOMBIA	0	$462,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGOS	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$462,600	$0	$0	$462,600

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:	MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL		216738
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80061295
CORREO	miguelmolano@gmail.com	CELULAR	3024281353
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24071708061		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8249-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44716	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55190	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64917	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5322	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17768	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24361	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26024	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27791	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35408	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35406	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,840,468
VALOR EJECUTADO:	52,036,917
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	803,551
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.48 %

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
9438356739	183,300	234,600	3	35,800	0	453,700

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC 80061295 BK

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.

9438649762	3,600	4,600	700	0	8,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-PIC	
No. DE CONTRATO: 8249- 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Dra. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL MOLANO CUBILLOS	DOCUMENTO: CC 80.061.295 DE BOGOTA							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicologo en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____100%____								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, AUDIT, intervencion Breve, notificacion VESPA, canalizaciones	actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes ASSIST, intervencion Breve, canalizaciones y seguimientos
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	Desarrollo de espacios comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega del Tablero de Control, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($) 3,736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

FIRMA DEL CONTRATISTA:

MIGUEL ANGEL MOLANO CUBILLOS CC 80.061.295 DE BOGOTÁ

Fecha: 31 / 08 / 2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80061295		MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 60a sur No 68-08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1595156097	9438356739	I	2022/08/23	2022/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$453,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,465,700	$234,600			$1,465,700	$183,300			$0	$0			$1,465,700	$35,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,465,700	$234,600			$1,465,700	$183,300			$0	$0			$1,465,700	$35,800		$0	$0
1	CC 80061295	MOLANO MIGUEL	230201	30	$1,465,700	$234,600	EPS002	30	$1,465,700	$183,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,465,700	$35,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,465,700	$234,600			$1,465,700	$183,300			$0	$0			$1,465,700	$35,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80061295		MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 60k sur No 68-08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1595156097	9438336739	I	2022/08/23	2022/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$453,700

RESUMEN DE PAGO

TIPO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,600	$0	$0	$234,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$234,600	$0	$0	$234,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,800	$0	$0	$35,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,800	$0	$0	$35,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$183,300	$0	$0	$183,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$183,300	$0	$0	$183,300
TOTAL				1	$453,700	$0	$0	$453,700

2022/08/09 12:19 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80061295		MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 60a sur No 68-08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1597356821	9438649762	N	2022/08/23	2022/08/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$8,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$29,300	$4,600			$29,300	$4,600			$0	$0			$29,300	$700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$29,300	$4,600			$29,300	$4,600			$0	$0			$29,300	$700		$0	$0
1	CC	80061295	MOLANO MIGUEL	230201	30	($1,465,700)	($234,600)	EPS002	30	($1,465,700)	($183,300)		0	$0	$0	14-11	30	($1,465,700)	($35,800)	0	$0	$0
2	CC	80061295	MOLANO MIGUEL	230201	30	$1,495,000	$239,200	EPS002	30	$1,495,000	$ 86,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,495,000	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$29,300	$4,600			$29,300	$4,600			$0	$0			$29,300	$700		$0	$0

2022/08/10 04:16 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80061295		MOLANO CUBILLOS MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 60b sur No 68-08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1597356821	9438649762	N	2022/08/23	2022/08/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$8,900

RESUMEN DE PAGO

TIPO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$4,600	$0	$0	$4,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$700	$0	$0	$700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$700	$0	$0	$700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,600	$0	$0	$3,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$3,600	$0	$0	$3,600
				1	$8,900	$0	$0	$8,900

2022/08/10 04:16 PM

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:	MOLINA OSPINA ANA CRISTINA		217933
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1233894085
CORREO	anita97cris@gmail.com	CELULAR	3213245300
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24087797679		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8252-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44680	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55193	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64544	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69644	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5324	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15904	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	17736	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24359	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26019	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27789	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35400	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35398	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TRABAJADOR (A) SOCIAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	52,036,917
VALOR EJECUTADO:	52,036,917
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Cristina Molina 1233894085
MOLINA OSPINA ANA CRISTINA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
61046837	186,900	239,200	3	36,500	20,000	482,600
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Cristina Molina 1233894085

MOLINA OSPINA ANA CRISTINA

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.

	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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA - FERIAS**			
No. DE CONTRATO: 8252-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANA CRISTINA MOLINA OSPINA	**DOCUMENTO: 1233894085**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TRABAJADORA SOCIAL en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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 entorno.
3. Participar en actividades de I.E.C. información, Educación y Comunicación, fortalecimiento y construcción de redes sociales y comunitarias.	I.E.C. Información, Educación y Comunicación, fortalecimiento y consrucción de redes sociales y comunitarias
4. Asesorías individuales: Se enfocan la identificación de riesgos individuales en salud mental, recorridos en calle, prevención de eventos o trastornos mentales, salud sexual y reproductiva y fortalecimiento de redes de apoyo en el entorno familiar, social y comunitario entre otros temas.	Asesorías psicosociales, recorridos en calle y actividades de ruta
5.Realizar evaluación y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes como la estrategia del tablero de cobertura, indicadores entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3.736.514) TRES Millones ceniciento treinta y seis mil quinientos catorce pesos MCTE.

Cristina Molina

ANA CRISTINA MOLINA OSPINA

CC: 1233894085

Fecha: 31/08/2022

Supervisor

Firma de recibido

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ANA CRISTINA MOLINA OSPINA**, identificada con **CC** número **1233894085**, aportó por el empleado **ANA CRISTINA MOLINA OSPINA** identificado(a) con **CC** número **1233894085** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 07 - 2022 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGT	IRET	TDAE	TTAP	TDAP	VSCP	VSTN	SLN	IGE	LMA	VACP	AVCTP	VSP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59													0		30	$1,495,000	0.02436	$36,500	$0	$0	Julio - 2022	61046837	11/08/2022	NO
25-01	Colfondos	59													0		30	$1,495,000	0.16000	$239,200	$0	$0	Julio - 2022	61046837	11/08/2022	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59													0		30	$1,000,000	0.02000	$20,000	$0	$0	Julio - 2022	61046837	11/08/2022	NO
EPS002	Salud Total EPS	59													0		30	$1,495,000	0.12500	$186,900	$0	$0	Julio - 2022	61046837	11/08/2022	NO

El presente certificado se expide a los 19 días del mes Octubre de 2022

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:	MOLINA VERA DORA CONSUELO		217849
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019010509
CORREO	doritamolina86@gmail.com	CELULAR	3022819070
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	20321035788		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3253-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44676	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55194	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65550	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69645	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5325	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15899	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	17712	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24358	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26017	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27788	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35396	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35394	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNOLOGO (A) EN CONTROL AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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:	32,813,877
VALOR EJECUTADO:	32,813,876
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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.

Dado en Bogotá. La 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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Consuelo Molina cc1019010509

MOLINA VERA DORA CONSUELO
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60442803	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Consuelo Molina cc1019010509
MOLINA VERA DORA CONSUELO
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:		SALUD PÚBLICA- PIC		
No. DE CONTRATO: 8253-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DORA CONSUELO MOLINA VERA	DOCUMENTO: 1019010509						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Tecnico Ambiental Para el área de la salud pública – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Elaboración de informes mensuales para la estrategia Hola Vecino, barrio La Gaitana."Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotograficos , mapas de recorridos , asistencia a reuniones del componente geográfico.
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.	Elaboración de cartografía base para los equipos de Entorno Comunitario de las estrategias de Gestión del Cuidado Comunitario y Hola Vecino. Acta, listado de reunión.
3. Gestión del cuidado	Desarrollo de actividades del producto gestión del cuidado comunitario en barrios priorizados por SDS Localidad Suba barrio La Gaitana y Aures 2, dónde se desarrollan las siguientes actividades, planificación de acciones, recorrido barrial e identificación de actores y caracterización cartografía social. "Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotográficos , mapas de recorridos y mapa de cartografía social "

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS ($2'299,415)

Consuelo Molina

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DORA CONSUELO MOLINA VERA CC. 1019010509

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MILENA BOCAREJO HERNÁNDEZ

Nota. Este informe de obligaciones para 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	1019010509	DORA CONSUELO MOLINA VERA	Cl 69a # 91-78 apto 402	3034184	doritamolina86@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	
2022-07	2022-07	I	01/08/2022	60442603	309.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	830903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1019010509	DORA CONSUELO MOLINA VERA		Cl 69a # 91-78 apto 402	3034184	doritamolina66@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	
2022-07	2022-07	1	01/09/2022	60442803	$300.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Departamento	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	1019010509	MOLINA VERA DORA CONSUELO	59	0			N																	230301	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS017	1,000,000	125,000	14-1	1,000,000	3	24,400		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:	MONDRAGON SANCHEZ SILVA YOLANDA		217908
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1033726883
CORREO	smondragon7@gmail.com	CELULAR	3503637177
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4800438766		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8254-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44674	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55195	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64542	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5326	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17706	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24356	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	26014	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27786	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35392	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35389	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 %

Aportes Seguridad Social Contratos CPS (Ley 1607)

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
9438452413	187,000	239,400	3	36,500	0	462,900

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 BOCARREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Silvia Mondragon 1033726883 Bta.

MONDRAGON SANCHEZ SILVA YOLANDA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PÚBLICA-PIC
No. DE CONTRATO: 8254-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILVIA YOLANDA MONDRAGÓN SÁNCHEZ	DOCUMENTO: 1033726883						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-PSICOLOGO (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, conforme a lo previsto en el Convenio PSPIC vigente.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Profesional universitario del componente de servicios de acogida juvenil, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecución de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje de identificación del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST, AUDIT y CARLOS CRAFFT según corresponda, plan de trabajo, pre-test.
	Intervención, orientación y psicoeducación breve con un seguimiento.
	Cierre y evaluación final del plan de trabajo y post-test.
	Insumos para informe mensual.
4.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (3,736,514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.

Silvia Yandragón

SILVIA YOLANDA MONDRAGÓN SÁNCHEZ
CC: 1033726883

Fecha: 31/08/2022
Firma de recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033726883		MONDRAGON SANCHEZ SILVIA YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 5Q # 48H - 71 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	1590532827	9438452413	I	2022/08/19	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$462,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000	$36,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000	$36,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000	$36,500		$0	$0
1	CC 1033726883	MONDRAGON SILVIA	25-14	30	$1,496,000	$239,400	EPS005	30	$1,496,000	$187,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,496,000	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000	$36,500		$0	$0

2022/08/05 10:36 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033726883		MONDRAGON SANCHEZ SILVIA YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 5Q # 48H - 71 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1590532827	9438452413	I	2022/08/19	2022/08/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$462,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,400	$0	$0	$239,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$239,400	$0	$0	$239,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,000	$0	$0	$187,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$187,000	$0	$0	$187,000
TOTAL				1	$462,900	$0	$0	$462,900

2022/08/05 10:36 PM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	MONTAÑA GONZALEZ ADRIANA PATRICIA		216939
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	51921343
CORREO	apmontanasp@gmail.com	CELULAR	3214015760
PROCESO:	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NÚMERO CUENTA BANCARIA	8480292120		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8255-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44672	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55196	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64855	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69646	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5327	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15894	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	17704	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24355	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	26011	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27781	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35381	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	TERAPEUTA OCUPACIONAL							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0			
VALOR MES	3,736,514	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:	51,048,472
VALOR EJECUTADO:	50,459,226
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,158,378
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	207
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	589,246
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.85 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Adriana P. Montaña G. 51921343
MONTAÑA GONZALEZ ADRIANA PATRICIA
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.

9438562151	202,900	259,800	3	39,600	0	502,300
	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 segun planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCARE JO HERNANDEZ — NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MONTAÑA GONZA EZ ADRIANA PATRICIA — 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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PÚBLICA PIC
No. DE CONTRATO: 8255-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ADRIANA PATRICIA MONTAÑA GONZALEZ	DOCUMENTO: 51921343						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo como TERAPEUTA OCUPACIONAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a la necesidades de la institucion							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico 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.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST y AUDIT y CARLOS según corresponda, plan de trabajo, pre-test
	seguimiento individual, intervencion breve y psicoeducación
	Cierre y evaluacion final del plan de trabajo y post-test
	Insumos para informe mensual

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR ($4.158,378= CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE.

Adriana P. Montaña G. 51921343

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Adriana Patricia Montaña González

CC- 51921343

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido Supervisor: Sandra Maria Bocarejo Hernandez

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51921343		MONTAÑA GONZALEZ ADRIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 136A 151 02	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5359154	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1569181938	94372010	1	2022-07-11	2022/07/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$453,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,465,640	$234,500			$1,465,640	$183,300			$0	$0			$1,465,640	$35,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,465,640	$234,600			$1,465,640	$183,300			$0	$0			$1,465,640	$35,800		$0	$0
1	CC 51921343	MONTAÑA ADRIANA	230301	30	$1,465,640	$234,600	ESS005	30	$1,465,640	$183,300		0	$0	$0	4431	30	$1,465,640	$35,800	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,465,640	$234,600			$1,465,640	$183,300			$0	$0			$1,465,640	$35,800		$0	$0

2022/07/12 08:54 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51921343		MONTAÑO GONZALEZ ADRIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 13#a 151 02	BOGOTA-BOGOTA,D.E.	5355156	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1549161928	96357278348	I	2022/07/13	2022/07/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,700

RESUMEN DE PAGO

DESCRIPCION	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR COTIZACION	INTERESES MORA	SALDO A FAVOR INDEPENDIENTES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,600	$0	$0	$234,600
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	$234,600	$0	$0	$234,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,800	$0	$0	$35,800
ARL SURA	14-11	890.903.790	5	1	$35,800	$0	$0	$35,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$183,300	$0	$0	$183,300
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	1	$183,300	$0	$0	$183,300
TOTAL				3	$453,700	$0	$0	$453,700

2022/07/12 08:54 AM

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:	MONTOYA SUAREZ JULIAN ALEXANDER		223724
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	81717217
CORREO	jmontoyasuarez@gmail.com	CELULAR	3153624590
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	67350342963		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8256-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44669	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1562	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 2	48202	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 3	55197	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	64042	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5328	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17701	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24352	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26008	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27779	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35379	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35378	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2252	FECHA	29/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	38204	FECHA	29/08/2022

OBJETO: PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2022		08	09	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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:	68,211,019
VALOR EJECUTADO:	68,211,019
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,313,462
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	50
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.

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 Septiembre 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MONTOYA SUAREZ JULIAN ALEXANDER
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
058299580	242,000	309,700	3	47,200	0	598,900
058464526	2,400	3,100		500	0	6,000
SE ANTE PONE UN CERO EN LOS NÚMEROS DE PLANILLA PORQUE EL CONTRATISTA CUENTA CON DOBLE CERTIFICACIÓN POR CAMBIO DE CONTRATO						
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 Septiembre 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MONTOYA SUAREZ JULIAN ALEXANDER
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	**VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**				**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA-PIC**		
No. DE CONTRATO:	**8256-2021**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**		1	9	2022	8	9	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MONTOYA SUAREZ JULIAN ALEXANDER**	**DOCUMENTO:**	**81717217**					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión como PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV en Salud Publica - PIC 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 (%): 100%									

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.	Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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 clinica excelente y segura, Gestión de la Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	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.
Realizar asistencias tecnicas a UPGD y UI en SIVIM, SISVECOS y VESPA realizando verificación de la notificación.	Se realizaron asistencias tecnicas a UPGD y asistencias tecnicas a UI en SIVIM, SISVECOS y VESPA realizando verificación de la notificación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$1.313.462**
	Un millon trescientos trece mil cuatrocientos sesenta y dos pesos

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MONTOYA SUAREZ JULIAN ALEXANDER

CC 81717217

Fecha : 30/09/2022

Firma de recibido supervisor:SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

ARUS®

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-09-22, 09:36:30 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 58464526

Nro Planilla Corregida: 58299580 **Periodo Cotización:** agosto de 2022 **Periodo Servicio:** agosto de 2022

PAGADO 22/09/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIAN MONTOYA SUAREZ		
Documento	CC81717217	**Dirección**	CLLE 51 B N 102 B 90
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8288444
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días ESS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 81717217	JULIAN ALEXANDER MONTOYA SUAREZ	59	00									A								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.935.600	$ 309.700	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.935.600	$ 242.000	2,436	$ 1.935.600	$ 47.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 598.900
CC 81717217	JULIAN ALEXANDER MONTOYA SUAREZ	59	00								X	C								0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.954.900	$ 312.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.954.900	$ 244.400	2,436	$ 1.954.900	$ 47.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 604.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 18.900	$ 18.900	$ 18.900	$ 0	$ 3.100	$ 2.400	$ 500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.000	$ 300	$ 6.300

ARUS. Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 97 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517805.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	MORALES PIÑEROS LIDIA ALEXANDRA		217049
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000033225
CORREO	lidia.moralesp09@gmail.com	CELULAR	3133637567
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	462870068469		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8258-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44660	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55199	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66966	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5330	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15890	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17699	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24349	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	26002	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27393	FECHA	30/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27776	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35374	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35373	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	21,056,316
VALOR EJECUTADO:	21,048,637
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,792,511
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	232
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,679
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MORALES PIÑEROS LIDIA ALEXANDRA
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9437694179	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MORALES PIÑEROS LIDIA ALEXANDRA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO. AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO.					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-FERIAS
No. DE CONTRATO: 8258-2022	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LIDIA ALEXANDRA MORALES PIÑEROS	DOCUMENTO: 1000033225						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AGENTES DE CAMBIO - GESTOR COMUNITARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las nesecidades de la institucion.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Fortalecimiento en atencion de salud a todo grupo poblacional, fortalecimientos de modos y habitos cuidadores en las ciudadanas y ciudadanos	Realizar acciones colectivas dirigida a la poblacion de todos los cursos de vida para promover el cuidado de la salud

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR $ 1.792.511 (UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS ONCE PESOS)

LIDIA ALEXANDRA MORALES PIÑEROS
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1000033225

Fecha : 31/08/2022
Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000033225		MORALES PINEROS LIDIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 44 SUR 547 1 B	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3053114	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	e79619199	94603646 72	I	2022/10/07	2022/10/07	BANCO DAVIVIENDA	4	$310,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
Tip.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	1000033225	MORALES LIDIA	23020	$0	$1,000,000	$160,000	EPS019	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14417	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

2022/10/10 07:02 PM

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NAVARRETE CASTRO CESAR AUGUSTO			217518
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80808640	
CORREO	canc_84@hotmail.com	CELULAR	3012125622	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8260-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44638	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55201	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	65832	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5332	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17697	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24345	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25996	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27774	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35367	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35366	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNICO EN ARTES

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,299,415	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 DE CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	32,397,772
VALOR EJECUTADO:	32,397,771
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1
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
61062357	125,400	160,500	3	24,500	0	310,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

cc. 80808640

NAVARRETE CASTRO CESAR AUGUSTO
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NAVARRETE CASTRO CESAR AUGUSTO
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.

	FORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICI	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					UNIDAD:	SALUD PÚBLICA - FERIAS	
No. DE CONTRATO: 8260-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNAN		1	8	22	31	8	22
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CESAR AUGUSTO NAVARRETE CAS	DOCUMENTO: 80808640						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como TECNICO EN ARTES							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4.Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5.Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 2,299,415 DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

CÉSAR AUGUSTO NAVARRETE CASTRO

CC 80808640

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido Supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	80808640	Cesar Augusto Navarrete Castro	Kr 3 n 6-95 sur ETAPA1 INT1 APT101	3012125622	canc_84@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÀ 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	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	61062357	$310.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	3	400	0	125.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	3	500	0	160.500	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	24.400				24.400	3	100	24.500			244	24.500	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	125.000	125.400
Pensión	1	160.000	160.500
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	310.400

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	80808540	Cesar Augusto Navarrete Castro	Kr 3 n 6-95 sur ETAPA1 INT1 APT101	3012125622	canc_84@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTA 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	
2022-07	2022-07	I	12/08/2022	81062357	$310.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Subtipo	Extranjero	Dcmic. asistido	Colombiano	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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
CC	80808540	NAVARRETE CASTRO CESAR AUGUSTO	ST	0			N																230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS018	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		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 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

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NAVARRO LOAIZA VALERIA ROXANA											217862	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula			No.				1022380599					
CORREO	VALERI_1093@HOTMAIL.			CELULAR				3105834185					
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y			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	B			TIPO CUENTA				AHORROS					
NUMERO CUENTA BANCARIA	4862028515												

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8261-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44634	FECHA	15/07/2021	
NUMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	55202	FECHA	25/08/2021	
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	64518	FECHA	22/11/2021	
NUMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 4	5333	FECHA	18/01/2022	
NUMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 5	17696	FECHA	18/05/2022	
NUMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 6	24344	FECHA	07/06/2022	
NUMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 7	25993	FECHA	21/06/2022	
NUMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 8	27773	FECHA	01/07/2022	
NUMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 9	35364	FECHA	16/08/2022	
NUMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 10	35363	FECHA	16/08/2022	
OBJETO:	MEDICO VETERINARIO							

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	08	2022		31	08	2022	
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	3,736,514	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.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 %

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438629260	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Valeria Navarro 1022380599
NAVARRO LOAIZA VALERIA ROXANA
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.

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-20-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**		**Salud Publica - PIC**	
No. DE CONTRATO: 6281-2022	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA SOCARRAS HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VALERIA ROXANA NAVARRO LOAIZA	**1022360599**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO VETERINARIO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud ambiental.	Acciones de información, educación y comunicación en salud ambiental en las localidades de la subred norte.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ MCTE ($) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS MCTE ($3.736.514)

Valeria Navarro

VALERIA ROXANA NAVARRO LOAIZA
CC 1022360599

Fecha: 31/08/2022
Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA SOCARRAS HERNANDEZ

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

Scanned with CamScanner

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIAZ OCAMPO EUGENIA			218040
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1024486292	
CORREO	eugindiaz@gmail.com	CELULAR	3008981557	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	52573110994		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8263-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44622	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55204	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64516	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5335	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17693	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24341	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25986	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27771	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35360	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35359	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	47,433,973
VALOR EJECUTADO:	47,433,973
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
60257240	183,300	234,600	3	35,800	0	453,700

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Eugenia Diaz Ocampo 1024486292
DIAZ OCAMPO EUGENIA
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.

60959551	3,700	4,800	700	0	9,200

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Eugenia Diaz Ocampo 1029486292

DIAZ OCAMPO EUGENIA

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 CONYRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA FERIAS
No. DE CONTRATO: 8263-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EUGENIA DÍAZ OCAMPO	DOCUMENTO: 1024486292						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - INGENIERA AMBIENTAL 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 (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales,mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las población.	Sistematización de bases de datos en excel.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3,736,514)

Eugenia Diaz Ocampo EUGENIA DIAZ OCAMPO: CC 1 024.486.292	Fecha : 31/08/2022 Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1024486292	EUGENIA DIAZ OCAMPO		Dg 32 No. 10-40 Int31 Apto401	9019863	eugindiaz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	12/07/2022	60257240	9453.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	183.300	0		0		0	0	0	0	183.300	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	234.600	0	0	0	0	0	0		234.600	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	860903790-5	35.800				35.800	0	0	35.800			358	35.800	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	183.300	183.300
Pensión	1	234.600	234.600
Riesgos Laborales	1	35.800	35.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	453.700	453.700

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	1024486292	EUGENIA DIAZ OCAMPO	Dg 32 No. 10-40 In:31 Apto401	9219863	eugendiaz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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	
2022-07	2022-07	I	12/07/2022	80257240	$459.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Departamento	Ciudad	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Exonerado	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a 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	1024486292	DIAZ OCAMPO EUGENIA	59	3			N															25-14	1.456.000	214.600	0	0	0	0	EPS008	1.456.000	185.300	14-11	1.456.000	II	85.800		0	0	0	0	0	0	0

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	1024486292	EUGENIA DIAZ OCAMPO		Dg 32 No. 10-40 Int31 Apto401	9019863	eugindiaz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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
80257240	12/07/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	N	09/08/2022	80959551	$9.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	3.700	0		0		0	0	0	0	3.700	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	4.800	0	0	0	0	0	0		4.800	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	8909039388-8	700				700	0	0	700			7	700	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	3.700	3.700
Pensión	1	4.800	4.800
Riesgos Laborales	1	700	700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	9.200	9.200

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	1024486292	EUGENIA DIAZ OCAMPO	Dg 32 No. 10-40 Int31 Apto401	9019883	eugindia.o@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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
60257240	12/07/2022				1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	N	09/08/2022	60959551	59.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Dpto/p	Extranjero	Dpto. exterior	Extranjero	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	1024486292	DIAZ OCAMPO EUGENIA	59	0			N																25-14	1.496.000	259.400	II	0	C	B	EPS008	1.496.000	187.000	14-11	1.496.000	II	59.900		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:	ORJUELA PINEDA CLAUDIA DEL PILAR		217898
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1031169192
CORREO	claudia.orjuela.9@gmail.com	CELULAR	3192923040
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NÚMERO CUENTA BANCARIA	0083450361		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8267-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44611	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55208	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64833	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5339	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15880	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17689	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24336	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25977	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27768	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35346	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35344	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	52,524,517
VALOR EJECUTADO:	52,524,517
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia Orjuela
ORJUELA PINEDA CLAUDIA DEL PILAR
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.

60947110	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ORJUELA PINEDA CLAUDIA DEL PILAR
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					**UNIDAD:**	SALUD PUBLICA FERIAS		
No. DE CONTRATO: 8267-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**08**	**2022**	**31**	**8**	**2022**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CLAUDIA DEL PILAR ORJUELA PINEDA	**DOCUMENTO: 1031169192**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como psicologo								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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. Acta, listado de reunión
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3,736,514) PESOS. TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

Claudia Orjuela

CLAUDIA DEL PILAR ORJUELA PINEDA

CC: 1031169192

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	1031169192	CLAUDIA DEL PILAR ORJUELA PINEDA	CL 47Bsur No 23-25	7602025	claudia.orjuela.9@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
					TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60947110	$462.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	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	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	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	186.900	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	462.600

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 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:	ORTEGA LAGOS KAREN YULIETH				217840
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1015463038		
CORREO	karen221212@gmail.com	CELULAR	3138329324		
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	B	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4862037416		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3268-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44609	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55209	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64514	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5340	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17686	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24334	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25975	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27767	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35342	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35340	FECHA	16/08/2022

OBJETO: FISIOTERAPEUTA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	47,433,973
VALOR EJECUTADO:	47,433,973
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9438675185	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500

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 período Agosto 2022
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

cc 1015463038
ORTEGA LAGOS KAREN YULIETH
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

impulsado por CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO		UNIDAD			SALDO POR FECHA		
No. DE CONTRATO: 8268-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN YULIETH ORTEGA LAGOS	DOCUMENTO. 1015463038						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - FISIOTERAPEUTA 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 (%): 100%

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales,mediante el desarrollo de convocatoria y sesiones.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Sistematización de las acciones realizadas con las población.	Sistematización de bases de datos en excel

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,738,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

KAREN YULIETH ORTEGA LAGOS
CC 1015463038

Fecha 31/08/2022
Firma de recibido supervisor
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

impulsado por CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015463038		ORTEGA LAGOS KAREN YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 111C 69D-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4444444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1646002574	9439951265	I	2022/09/09	2022/09/09	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$492,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,494,700	$239,200			$1,494,700	$186,900			$1,494,700	$29,900			$1,494,700	$36,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,494,700	$239,200			$1,494,700	$186,900			$1,494,700	$29,900			$1,494,700	$36,500		$0	$0
1	CC 1015463038	ORTEGA KAREN	25-11	30	$1,494,700	$239,200	EPS005	30	$1,494,700	$186,900	CCF24	30	$1,494,700	$29,900	14-11	30	$1,494,700	$36,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,494,700	$239,200			$1,494,700	$186,900			$1,494,700	$29,900			$1,494,700	$36,500		$0	$0

2022/09/09 11:46 AM

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015463038		ORTEGA LAGOS KAREN YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 111C 69D-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4444444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	16160025?4	9439953265	I	2022/09/09	2022/09/09	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$492,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,900	$0	$0	$29,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$29,900	$0	$0	$29,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$186,900	$0	$0	$186,900
TOTAL				1	$492,500	$0	$0	$492,500

2022/09/09 11:46 AM

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:	ORTEGA MONCADA JEISSON ANDREY		217294
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023883739
CORREO	JEISSONLRDC2000@GMAIL.	CELULAR	3175919114
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	473500001143		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8269-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44607	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55210	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66965	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5341	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17681	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24333	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25973	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27766	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35335	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35332	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,410,336
VALOR EJECUTADO:	20,255,849
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,483,457
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	154,487
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.24 %

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
1048210468	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1023883739
ORTEGA MONCADA JEISSON ANDREY
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1023883739
ORTEGA MONCADA JEISSON ANDREY
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO				UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 8269-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Jeisson andrey ortega moncada	DOCUMENTO:1023883739						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría 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
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%	socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.	Acta, listado de reunión
3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas	30%	actividades de enganche y recorridos en calle	Acta listado de Asistencia de 130 personas
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios	30%	Desarrollo de espacios comunitarios	8 Actas listados de Asistencia
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	30%	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre	Informe Mensual de acuerdo a las acciones realizadas durante el proceso
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras):: M/CTE (1,483,457) UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SINCUENTA Y SIETE PESOS

Jeisson andrey ortega moncada
1023883739

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-16, 08:51:47 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1048210468

Periodo Cotización: julio de 2022 Periodo Servicio: julio de 2022 Referencia pago (PIN): 8838888930

PAGADO 16/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEISSON ANDREY ORTEGA MONCADA		
Documento	CC1023883739	Dirección	CL 45 #13 B - 39 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5516519
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	AVP TA	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023883739	JEISSON ANDREY ORTEGA MONCADA	59	00																X		30	30	30	0	(720301) PORVENIR	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS046) COMPENSAR EPS	$ 1.000.000	$ 125.000	2,436	$ 1.000.000	$ 24.400	(N/A-CCF) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 2.000	$ 311.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4445634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	OTAVO MONROY LUIS ERNESTO		217018
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80120135
CORREO	luis_leom@hotmail.com	CELULAR	3107864691
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	057491706		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8271-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44604	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	55212	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NUMERO DE CRP: 3	60984	FECHA	27/10/2021
NUMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 4	66938	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 5	5342	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NUMERO DE CRP: 6	15875	FECHA	25/04/2022
NUMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 7	17662	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 8	24332	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 9	25972	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 10	27762	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 11	35329	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 12	35327	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	22,371,247
VALOR EJECUTADO:	22,363,565
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,738,426
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	225
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,682
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.97 %

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.

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ernesto Otavo

80120135

OTAVO MONROY LUIS ERNESTO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60215449	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ernesto Otavo

80120135

OTAVO MONROY LUIS ERNESTO

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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**		
No. DE CONTRATO: 8271-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**8**	**2022**	**31**	**8**	**2022**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUIS ERNESTO OTAVO MONROY	**DOCUMENTO: 80120135**							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como GESTOR COMUNITARIO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas.	Actividades de enganche y recorridos en calle
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios.	Encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades.	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($193,158) CIENTO NOVENTA Y TRES MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS

Ernesto Otavo

LUIS ERNESTO OTAVO MONROY
CC: 80120135

Fecha: 31/08/2022

Firma de recibido Supervisor

DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LUIS ERNESTO OTAVO MONROY**, identificada con **CC** número **80120135**, aportó por el empleado **LUIS ERNESTO OTAVO MONROY** identificado(a) con **CC** número **80120135** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2022-7 de la siguiente forma.

Código	Nombre Administradora	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Extranjero no Obligado a Cotizar a Pensión	Colombiano en el Exterior	Actividad de Alto Riesgo Pensión	Cotizante Exonerado de Pago de Aportes Salud	Cotizante Exonerado de Pago de Aportes Parafiscales	Días	IBC	Tarifa	Cotización	Mora	Sanción	Periodo	Número de Planilla	Fecha de Pago	Corrección
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	5	7						0	30	$1,000,000	0.12500	$125,000	$0	$0	Julio - 2022	60215449	08/08/2022	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5	7						0	30	$1,000,000	0.16000	$160,000	$0	$0	Julio - 2022	60215449	08/08/2022	No
14-11	ARL SURA	5	7						0	30	$1,000,000	0.02436	$24,400	$0	$0	Julio - 2022	60215449	08/08/2022	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	5	7						0	30	$1,000,000	0.02000	$20,000	$0	$0	Julio - 2022	60215449	08/08/2022	No

El presente certificado se expide a los 8 días de mes August de 2022

Este documento está clasificado como Privado por parte de Compensar Operador de información

icontec ISO 9001 CO-SC-CER... icontec ISO / IEC 27001 CO-SM-CER...

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:	OTAVO MONROY DANNY		217507
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80120136
CORREO	dom22monroy@gmail.com	CELULAR	3134608543
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	1	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	057491730		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8272-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44601	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55213	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66964	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5343	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15872	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17652	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24330	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25970	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27761	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35325	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35323	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,834,892
VALOR EJECUTADO:	20,479,527
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,437,099
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR.	0
SALDO POR EJECUTAR:	355,365
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.29 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Danny Otavo M.
80120136
OTAVO MONROY DANNY
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.

60579924	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Danny Otavo M.
80120136

OTAVO MONROY DANNY
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO. AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA . 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO: 8272-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DANNY OTAVO MONROY	DOCUMENTO: 80120136						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como GESTOR COMUNITARIO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias psicoactivas inyectables.	Actividades de enganche y recorridos en calle
4 Participar en actividades de encuentros comunitarios.	Encuentros comunitarios
5. Realizar evaluación y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1,437,099) UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVENTA Y NUEVE PESOS

Danny Otavo M.

DANNY OTAVO MONROY

CC: 80120136

Fecha: 31/08/2022

Supervisor

Firma de recibido

DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DANNY OTAVO MONROY**, identificada con **CC** número **80120136**, aportó por el empleado **DANNY OTAVO MONROY** identificado(a) con **CC** número **80120136** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2022-7 de la siguiente forma.

EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	5	9					0	30	$1,000,000	0.12500	$125,000	$0	$0	Julio - 2022	60579924	08/08/2022	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	5	9					0	30	$1,000,000	0.16000	$160,000	$0	$0	Julio - 2022	60579924	08/08/2022	No
14-11	ARL SURA	5	9					0	30	$1,000,000	0.02436	$24,400	$0	$0	Julio - 2022	60579924	08/08/2022	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	5	9					0	30	$1,000,000	0.02000	$20,000	$0	$0	Julio - 2022	60579924	08/08/2022	No

El presente certificado se expide a los 8 días del mes August de 2022

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC-842-18
icontec ISO / IEC 27001 CO-CER604

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	PAEZ PEREZ ANGIE TATIANA				217594
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula		No.	1014274130	
CORREO	apaez039@@gmail.com		CELULAR	3205567878	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y		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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488412917848		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8273-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44573	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	55214	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	64851	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NUMERO DE CRP: 4	69648	FECHA	14/12/2021
NUMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 5	5344	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 6	17651	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 7	24329	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 8	25968	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 9	27758	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 10	35320	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 11	35318	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ENFERMERO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	51,607,829
VALOR EJECUTADO:	51,607,829
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 minimo 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 minimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angie Paez 1014274130

PAEZ PEREZ ANGIE TATIANA
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.

60956056	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1014274130
PAEZ PEREZ ANGIE TATIANA
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.

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. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		Salud Publica-Pic
No. DE CONTRATO: 8273-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE TATIANA PAEZ PEREZ	DOCUMENTO: 1014274130						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes RAPIDOS VIH y SIFILIS y hepatitis B, asesoria en salud sexual y reproductivas, canalizaciones	actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes Rapidos VIH - SIFILIS Y Hepatitis B, canalizaciones y seguimientos
4. Participar en actividades de desarrollo de encuentros comunitarios	Desarrollo de encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3,738,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

ANGIE TATIANA PAEZ PEREZ CC 1014274130

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014274130	ANGIE TATIANA PAEZ PEREZ		cra 12 n 142-64 a304	6313513	zpaez039@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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60956056	$462.600	

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	186.900	0		0		0	0	0	0	186.900	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
23-001	Colfondos	800227940-6	239.200	0	0	0	0	0	0		239.200	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	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	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	186.900	186.900
Pensión	1	239.200	239.200
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	462.600	462.600

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

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014274130	ANGIE TATIANA PAEZ PEREZ		cra 12 n 142-64 a304	8313513	apaez039@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			SOGOTÁ 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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60956056	$462.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto/país	Sit.Ppal	Sit.Sec	Cotiz. extranjero	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
CC	1014274130	PAEZ PEREZ ANGIE TATIANA	55	0		X																	231001	1.495.000	236.200	0	0	0	0	EPS005	1.495.000	165.900	14411	1.495.000	3	36.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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:	PALMA JIMENEZ DIANA MARCELA		217899
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1032409616
CORREO	dianitampj@gmail.com	CELULAR	3133149450
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NÚMERO CUENTA BANCARIA	4570189433		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8275-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44542	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1562	FECHA	23/07/2021	NÚMERO DE CRP: 2	48204	FECHA	23/07/2021
NÚMERO DE CDP: 3	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 3	55216	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60985	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	63987	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 6	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	5346	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	17648	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24327	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25966	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27757	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35314	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP. 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35310	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TERAPEUTA OCUPACIONAL ESPECIALIZADA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	65,469,333
VALOR EJECUTADO:	65,469,333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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 (la) interventor(a) 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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032409616
PALMA JIMENEZ DIANA 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

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
61037160	245,900	314,700	3	48,000	0	608,600
	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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032-4961 C

PALMA JIMENEZ DIANA 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 firmado por supervisor encargado

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
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA-FERIAS	
No. DE CONTRATO: 5275-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MARCELA PALMA JIMENEZ	DOCUMENTO: 1032409618							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como profesional especializado en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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 Habilitacion, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditación, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio
3. Articulación sectorial	Articulación con espacio de vida, gobernanza y programas
4. Administración del talento humano	Revisión y actualización del talento humano
5. Diligenciamiento del SEGPLAN	Revisión y consolidación
6. Acompañamiento técnico	Acompañamiento a las acciones realizadas por el equipo interdisciplinario del espacio
7. Asistencias técnicas	Participación asistencias técnicas convocadas por SDS

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 4.686.080 CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHENTA PESOS

DIANA MARCELA PLAMA JIMENEZ
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC 1032409618

Fecha 31 / 08 / 2022
Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	DIANA MARCELA PALMA JIMENEZ		KR 113 B # 131 D 27	6800000	dianamjc@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	[illegible]			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	82037180	$606.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	244.400	0		0		0	7	1.500	0	245.900	1

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
PEN01	Protección (Old) = Proteccion	800227339-0	312.500	0	0	0	0	7	1.900	0	314.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
14-14	ARL SURA	8909037903-5	47.700				47.700	7	300	48.000			477	48.000	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	244.400	245.900
Pensión	1	312.500	314.700
Riesgos Laborales	1	47.700	48.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	604.600	606.600

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	DIANA MARCELA PALMA JIMENEZ	KR 113 B # 151 D 27	0000000	dianamp0@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
[illegible]	[illegible]			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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	
2022-07	2022-07	1	11/08/2022	81007160	$608.000	

DETALLE POR COTIZANTE

Tipo	No. de Identificación	Nombres y Apellidos	Información Novedades	Días Cot. APS	IBC APS	Cotización	Valor Incapacidad Accidente	Valor Licencia Maternidad	Aporte pensional solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días Cot. EPS	Cod. ARL	IBC ARL	Clase Riesgo	Días Cot. ARL	Tarifa CCF	Valor CCF	Tarifa SENA	Valor SENA	Tarifa ICBF	Valor ICBF	Tarifa ESAP	Valor ESAP	Tarifa MEN	Valor MEN
CC	[illegible]	[illegible]		30	1.954.500	312.900	0	0	0	0	EPS017	1.954.500	30	14-11	1.954.500	3	30	4%	78.180	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

PAGADA

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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-16-06 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PARDO PACHECO ALEJANDRO				217005
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79603341		
CORREO	alejandropardopache@gmail.	CELULAR	3134444496		
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	67350712663		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8277-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44627	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	55218	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	66962	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 4	5348	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 5	17645	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 6	24324	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 7	25060	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 8	27752	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 9	35304	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 10	35302	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	19,460,880
VALOR EJECUTADO:	19,458,190
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,761,605
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	229
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR	7,681
PORCENTAJE DE EJECUCION:	99.96 %

OBSERVACIONES: (Informe de finalización del contrato OBLIGATORIO)

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	RIESGO	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
10674197/84	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta en lo pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE APORTES DE ORIGENES DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2, generado el mes 7/01/2022

SANDRA MARCELA PEDRO HERNANDEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

PARDO PACHECO ALEJANDRO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de suscribirse un otrosí o adición, la cláusula deberá incluir el que se anula y queda vigente esta certificación sin su firma por supervisor y contratista

Escaneado con CamScanner

Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CODIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS		
No. DE CONTRATO: 6277 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALEJANDRO PARDO PACHECO	DOCUMENTO: 79603341							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor Comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Preauditoria realizada segun cronograma con coordinacion del espacio y apoyos.
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de humanizacion, gestion del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Gestor Comunitario del componente PIC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento presencial a familias con personas con discapacidad
	Informacion asesoria y seguimiento presencial a la red de cuidadores y cuidadoras y al grupo de gestores de personas con discapacidad y apoyo
	Convocatoria y activacion de rutas.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): $ NOTE ($) 1.761.605 MILLON SETESIENTOS SESENTA Y UN MIL SEISIENTOS CINCO PESOS

Fecha: 23/08/2022

ALEJANDRO PARDO PACHECO
C.C. 79603341

Firma de recibido y aprobado supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Escaneado con CamScanner

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-08, 04:42:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1047419784

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8865320540

PAGADO 08/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEJANDRO PARDO PACHECO		
Documento	CC79603341	**Dirección**	TRANSV 78L BIS # 69C - 58 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2521305
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 79603341	ALEJANDRO PARDO PACHECO	53	00															0	30	30	30	0	25-14) COLPENSIONES	$ 1.000.000	$ 180.000	EPS017 FAMISANAR EPS	$ 1.300.400	$ 936.000	2.436	$ 1.000.000	$ 24.400	(VIN-CCI) ARL SURA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.300.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 180.000	$ 128.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 0	$ 309.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PARRA TRIANA FABIO GREGORIO		216705
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79704893
CORREO	psicof@gmail.com	CELULAR	3187881978
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	9700134886		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8279-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44518	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55220	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64041	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5349	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17642	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24322	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25957	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27750	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35299	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35293	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	4,886,080	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:	64,372,661
VALOR EJECUTADO:	64,372,661
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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
60908551	244,400	312,800	3	47,700	0	604,900

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

79704893

PARRA TRIANA FABIO GREGORIO
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PARRA TRIANA FABIO GREGORIO
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		Salud Pública - Plc
No. DE CONTRATO: 8279 -2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: FABIO GREGORIO PARRA TRIANA	DOCUMENTO: 79704893						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como psicólogo especializado en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Profesional Especializado en apoya las acciones de gestión técnica y operativa y de construcción de redes sociales de apoyo en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Socializar la estrategia en espacios locales, participacion en las mesas locales de estupefacientes de la Subred Norte de Salud. Seguimiento, Acompañamiento y apoyo a las actividades operartivas y administrativas de los equipos de trabajo de reduccòn de riesgos y daños
4. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durante el mes.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($4.886.080) CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHENTA PESOS PESOS M/CTE

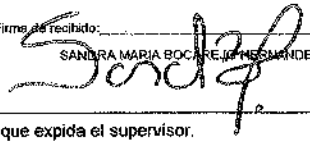


FABIO GREGORIO PARRA TRIANA

CC: 79704893

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido:



SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	79704893	FABIO GREGORIO PARRA TRIANA	calle 22 j No 113 - 46	4185724	psicof@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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60908551	$604.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	244.400	0		0		0	0	0	0	244.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	312.800	0	0	0	0	0	0		312.800	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	47.700				47.700	0	0	47.700			477	47.700	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	244.400	244.400
Pensión	1	312.800	312.800
Riesgos Laborales	1	47.700	47.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	604.900	604.900

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	79704893	FABIO GREGORIO PARRA TRIANA		calle 22 j No 113 - 46	4165724	psicof@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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60908851	$604.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Residente	Mes	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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
	CC	79704893	PARRA TRIANA FABIO GREGORIO	59	D			N																	230301	1.955.000	312.800	0	0	0	0	EPS017	1.955.000	244.400	14-11	1.955.000	3	47.700		0	0	0	0	0	0	0	0

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 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:	PEÑA VASQUEZ ANDREA PATRICIA		217338
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	29831870
CORREO	andreapatri0607@gmail.com	CELULAR	3134857014
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24088197847		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8280-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44506	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55221	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64850	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69649	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5350	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17639	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24320	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25956	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27749	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35290	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35287	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	ENFERMERO (A)							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	3,736,514	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:	51,607,829
VALOR EJECUTADO:	51,607,829
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andrea Patricia Peña V cc29831870
PEÑA VASQUEZ ANDREA PATRICIA
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.

60180176	187,100	239,500	3	36,500	30,000	493,100
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andrea Patricia Peña V. CC. 1983187

PEÑA VASQUEZ ANDREA PATRICIA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: GESTION DEL RIESGO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - PIC	
No. DE CONTRATO: 8280 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ	DOCUMENTO:29831870							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Enfermera en el marco del plan de Intervenciones Colectivas - PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantia 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad. socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar actividades de identificacion del riesgo, aplicación de tamizaje, canalizaciones y seguimientos	96 Actividades de Identificacion del riesgo, aplicación de tamizajes VIH- SIFILIS Y HEPATITIS B, canalizaciones y seguimientos.
4. Participar en actividades de desarrollo de espacios comunitarios	Desarrollo de espacios comunitarios.
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informeejecutivo de las actividades realizadas dureante el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3736,514 TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA SEIS QUINIENTOS CATORCE PESOS.

Andrea Patricia Peña V.

ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ

CC: 29831870

Fecha: 31 / 08 / 2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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	29831870	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ		CRA 13 A # 42 09 SUR	4075959	andreapatri0607@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	1	16/08/2022	61080176	$493.100	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	187.100	0		0		0	0	0	0	187.100	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	239.500	0	0	0	0	0	0		239.500	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	36.500				36.500	0	0	36.500			365	36.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	30.000	0	0	30.000	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	187.100	187.100
Pensión	1	239.500	239.500
Riesgos Laborales	1	36.500	36.500
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	493.100	493.100

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	29831870	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ		CRA 13 A # 42 09 SUR	4075959	andreapatri0607@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-07	2022-07	I	16/08/2022	61080176	3493.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	COMPLEMENTO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	Aporta ICBF	Aporte ESAP	Aporte MIEN
CC	29831870	PEÑA VASQUEZ ANDREA PATRICIA	57	0			N																	25-74	1.496.770	299.500	0	0	0	0	EPS010	1.496.770	187.100	14-11	1.496.770	3	38.500	CCF22	1.496.770	30.000	0	0	0	0	0

PAGADO

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

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16.05
[redacted] Secretaría de Salud [redacted] Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 18/02/2016

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PRIETO GUTIERREZ DAVID ALEJANDRO											217498	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.							79725839	
CORREO:	davidpambiental@hotmail.				CELULAR							3132225384	
PROCESO:	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participación Comunidad y				UNIDAD:							Fenix	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo: A00	%	Centro de costo:	%	Centro de costo:	%	Centro de costo:	%	Centro de costo:	%	Centro de costo:	%	
BANCO:	4				TIPO CUENTA:				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA:	67350471583												

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8782-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44501	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	55223	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	65458	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NUMERO DE CRP: 4	69650	FECHA	14/12/2021
NUMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 5	5481	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NUMERO DE CRP: 6	15888	FECHA	25/04/2022
NUMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 7	17637	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP: 8	1523	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 8	24318	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	21/06/2022	NUMERO DE CRP: 9	25851	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 10	27748	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 11	35286	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 12	35287	FECHA	16/08/2022

OBJETO: TECNOLOGO (A) EN CONTROL AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO		DESDE:	DIA: 01	MES: 08	AÑO: 2022	HASTA:	DIA: 31	MES: 08	AÑO: 2022
TIPO SERVICIOS:	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%:				0		
VALOR MES:	2,299,415	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) se da aviso que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	32,581,834
VALOR EJECUTADO:	32,581,834
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,299,415
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	166
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	166
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCION:	100.00 %

Se certifica el cumplimiento del presente pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes anterior a honorarios superiores a $2.214.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Dado en Bogotá, a los veinte (20) días del mes de agosto de dos mil veintidós (2022).

[redacted]

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CODIGO: AP-GCT-F-59-03 VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PAGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:			Salud publica-PIC		
No. DE CONTRATO: 6282	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCANEGRA HERNANDEZ		1	9	2022	31	9	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DAVID ALEJANDRO PRIETO GUTIERREZ	DOCUMENTO: 79725839						
OBJETO DEL CONTRATO: *Prestar servicios como Tecnico ambiental Para el area de la salud publica – PIC*							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Unico de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad Reunion mensual de equipo para asociazacion de tematicas de humanizacion, gestion del riesgo, acreditacion, seguridad, tecnica por proceso y planeacion para el desarrollo de los productos del espacio.
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.	Asistencia a reuniones convocadas para fortalecerdo de los procesos de sistemas unicos de humanizacion y planeación para el desarrollo de los productos del espacio. Participar en capacitaciones socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.3. Gestion del cuidado Comunitario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitario en el barrio priorizado por SDS localidad de Engativa Santa Rosita, donde se desarrollan las siguientes actividades, planificación de acciones, reporrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial, aplicacion de instrumentos, cartografia social y sesiones de la estrategia Hola Vecino

OBSERVACIONES: IVA 2.299.415

TOTAL A PAGAR ($) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($2.299.415)

DAVID ALEJANDRO PRIETO GUTIERREZ
CC. 79725839

Firma supervisor

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

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:	PRIETO GUZMAN OLGA LUCIA		216949
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52498092
CORREO	ginethprieto@gmail.com	CELULAR	3223653756
PROCESO:	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participación Comunitaria y ...	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	13	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	077867195		

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8283-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44498	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55224	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66960	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5482	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15864	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17636	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	243[illegible]	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25902	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27747	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35265	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35263	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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.

ESTADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	19,970,927
VALOR EJECUTADO:	19,963,245
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,738,426
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	225
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,682
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Olga Prieto CC 52498092 B/g
PRIETO GUZMAN OLGA LUCIA
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.

1047485781	125,000	160,000	3	24,400	20,000	329,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Olga Prieto 52498092 BJ
PRIETO GUZMAN OLGA LUCIA
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
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:			Salud Publica-Pic
No. DE CONTRATO: 8283-2021	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
DOCUMENTO: 52498092		1	8	2022	31	8	2022	

NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLGA LUCIA PRIETO GUZMAN

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como gestor comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

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	5,00%	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.	Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel inst	5,00%	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.	Acta, listado de reunión
3. Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a través del uso de WhatsApp, comunicación telefónica o bien el uso de otros medios virtuales.Intervenir grupos poblacionales como la comunidad de barras futbol ,mujeres,persona mayor,personas que viven con VIH,poblacion	80,00%	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.	Registro fotográfico o pantallazos de los sistemas tecnológicos utilizados organizados en una carpeta magnética. Base de datos que permite el registro diario y la sistematización de información con reporte de cobertura
4. Sistematización de las acciones realizadas con las familias barristas	10,00%	Sistematización de bases de datos en excel.	Base de datos que permite el registro diario y la sistematización de información con reporte de cobertura
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,746,153 UN MILLON SETECIENTOS CUARANTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS

Olga Prieto

OLGA LUCIA PRIETO GUZMAN C.C. 52498092

31/08/2022

Firma de recibido

supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-10-19, 05:15:15 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1047485781

Periodo Cotización: julio de 2022 Periodo Servicio: julio de 2022 Referencia pago (PIN): 8840236430

PAGADA 09/08/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA LUCIA PRIETO GUZMAN		
Documento	CC52498092	Dirección	CR 125A #73 - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223653756
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET F.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PBD	Días EPS	Días ARP	Días ACP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 52498092	OLGA LUCIA PRIETO GUZMAN	59	0																	0	30	30	30	0	PORVENIR	$1.000.000	$160.000	FAMISANAR EPS	$1.000.000	$125.000	0.02436	$1.000.000	$24.400	COLSUBSIDIO	$1.000.000	$20.000	$0	$0	$0	$0	$329.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Reconocidas a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.000.000	$1.000.000	$1.000.000	$1.000.000	$160.000	$125.000	$24.400	$20.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$329.400	$0	$329.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos

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:	PULIDO MOLINA JULIETH PAOLA		217581
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014242397
CORREO	pulidomolinapaola@gmail.	CELULAR	3134637120
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488418472400		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8285-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44472	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55226	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64821	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69651	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5484	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17630	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24313	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25890	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27740	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35262	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35260	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	EDUCADOR FISICO								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	3,736,514	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:	53,909,301
VALOR EJECUTADO:	53,909,301
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paola Pulido 1014242397
PULIDO MOLINA JULIETH PAOLA
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.

60922065	186,900	239,200	3	36,500	29,900	492,500
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paola Pulido 1014242357
PULIDO MOLINA JULIETH PAOLA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CUIDADADO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - FERIAS.
No. DE CONTRATO: 8285-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIETH PAOLA PULIDO MOLINA	DOCUMENTO: 1014242397						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Licenciado (a) en Educación Física en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
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.	Reunión mensual de equipo para socialización de temáticas de gestión del riesgo, reinducción del Plan de Intervenciones Colectivas, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. Realizar acciones orientadas al cuidado, auto cuidado y socio cuidado, a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público.	Sesiones de intervención itinerantes para la informacion y educacion covid 19
4. Realizar acciones colectivas que generen la activación de procesos de empoderamiento, participación, liderazgo y ejercicio de derechos.	Actividades de educacion e informacion a toda la poblacion de la red norte y cuadrantes piorizados de covid 19
5. Generar articulaciones con otros sectores, para alcanzar respuestas integrales a las prioridades y necesidades, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la	Se llevan a cabo articulaciones con otros entes del distrito
6. Las demás que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del espacio.	se realizan jornadasdiarias en las diferentes localidades de la sub red norte
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) :3,736,514 tres millones setecientos treinta y seis mil quinientos catorce.

Paola Pulido

JULIETH PAOLA PULIDO MOLINA

CC:1014242397

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Fecha: 31/8/2022

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JULIETH PAOLA PULIDO MOLINA**, identificada con **CC** número **1014242397**, aportó por el empleado **JULIETH PAOLA PULIDO MOLINA**, identificado(a) con **CC** número **1014242397** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **60922065** para el periodo de salud **2022-07** y pensiones **2022-07** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0						X						0	30	$1.495.000	0,02436	3		$36.500	$0	$0	Julio - 2022	60922065	08/08/2022	N
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fijar	860066942	59	0						X						0	30	$1.495.000	0,02000			$29.900	$0	$0	Julio - 2022	60922065	08/08/2022	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0						X						0	30	$1.495.000	0,12500			$186.900	$0	$0	Julio - 2022	60922065	08/08/2022	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0						X						0	30	$1.495.000	0,16000			$239.200	$0	$0	Julio - 2022	60922065	08/08/2022	N

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Agosto de 2022

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 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:	QUEMBA GONZALEZ MARIA EMILCE										217390
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula			No.		52184829					
CORREO	emilcequemba@gmail.com			CELULAR		3123225759					
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano										
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y			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	12			TIPO CUENTA		AHORROS					
NUMERO CUENTA BANCARIA	8290306417										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8286-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44422	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55227	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2450	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64039	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5485	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17629	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24312	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25888	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27738	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35258	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35251	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	PSICÓLOGO(A) ESPECIALIZADO							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	4,886,080	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:	64,372,661
VALOR EJECUTADO:	64,372,661
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,886,080
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
1048023416	244,500	313,000	3	47,700	11,800	617,000

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maria Emilce Quemba 52184829
QUEMBA GONZALEZ MARIA EMILCE
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maria Emilce Quemba 52184921
QUEMBA GONZALEZ MARIA EMILCE
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			**UNIDAD:**				
No. DE CONTRATO: 8286-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**8**	**2022**	**31**	**8**	**2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA EMILCE QUEMBA GONZALEZ	**DOCUMENTO: 52184829**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PSICOLOGO ESPECIALIZADO en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Profesional Espacializado en apoya las acciones de gestión técnica y operativa y de construcción de redes sociales de apoyo en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Asistencia Tecnica a equipos de Implementacion de los Servicios de Acogida Juveniles
	Socializar la estrategia en espacios locales, participacion en las mesas locales de estupefacientes de la Subred Norte de Salud.
	Seguimiento, Acompañamiento y apoyo en sesiones colectivas y familiares de los equipos de trabajo de servicios de acogida activar la red social territorial en coordinación con el equipo interdisciplinario
	Recorridos en Calle para la Identificacion de jovenes con afectacion en riesgo en salud
	Elaboracion de informe mensual, entrega de insumos a equipos SAJ

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 4,886,080 CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHENTA

Maria Emilce Quemba MARIA EMILCE QUEMBA GONZALEZ 52184829	Fecha: 31 / 08 / 2022 Firma de recibido supervisor:

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-08-08, 10:06:14 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2022
Empresa	MARIA EMILSE QUEMBA GONZALEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52184829
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1048023416
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1593004750
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 617.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor en Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 313.000	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 244.500	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 47.700	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 11.800	$ 0
			SubTotales:	$ 617.000	$ 0
			Total a Pagar:		$ 617.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 86 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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:	RAMIREZ REYES ANDRES FELIPE		217277
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1022424678
CORREO	andrew_1009@hotmail.com	CELULAR	3123402167
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	7	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	0073754939		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8288-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44420	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55229	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66958	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5486	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15859	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17626	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24309	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25885	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27737	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35249	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35246	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	21,124,127
VALOR EJECUTADO:	21,116,435
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,514,362
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	196
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,692
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C. 1022424678

RAMIREZ REYES ANDRES FELIPE
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.

9438150880	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C. 1022414618
RAMIREZ REYES ANDRES FELIPE
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-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica-Plc	
No. DE CONTRATO: 8288	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDRES FELIPE RAMIREZ REYES	DOCUMENTO: 1022424678							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor Comunitario Para el area de la salud publica – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad Caracterizacion barrial localidad de Teusaquillo, barrio Palermo. Apoyo en acciones de Información y comunicación localidad de Teusaquillo. Instrumento de caracterizacion cuantitativo y cualitativo Acta , listados de asistencias, registros fotograficos , mapas de recorridos.
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.	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.Gestion del cuidado comuntario	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitario en el barrio priorizado por SDS Localidad Usaquen barrios Buenavieta y Santa Cecilia, dónde se desarrollan las siguientes actividades: planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base. recorrido barrial e identificación de actores y caracterización cartografía social.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: UN MILLÓN QUINIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1,514,362)

ANDRES FELIPE RAMIREZ REYES CC 1022424678	Fecha: 31/08/2022 Firma del recibido supervisor – SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022424678		Andrés Felipe Ramirez Reyes	INDEPENDIENTE	Principal	Cra 1f #65-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5404449	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598694253	9438150880	I	2022/08/18	2022/08/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$309,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vsu	sln	ige	lma	vac	vst	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																			$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																			$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
1	CC	1022424678	RAMIREZ ANDRES														25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	2.436%	$24,400	0	$0	$0	No	$309,400
Total Afiliados(1)																			$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022424678		Andrés Felipe Ramirez Reyes	INDEPENDIENTE	Principal	Cra 1f #65-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5404449	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1598694253	9438150880	I	2022/08/18	2022/08/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLPENSIONES	25-14	900,335,004	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$309,400	$0	$0	$309,400

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:	RAMIREZ RINCON JULIAN EDUARDO		217524
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80845274
CORREO	julianmillonario.jr@gmail.	CELULAR	3045996081
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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 CONTRACTUAL DEL CONTRATO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8289-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44418	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55230	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66957	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5487	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17624	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24307	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25883	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27734	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35244	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35241	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	18,932,777
VALOR EJECUTADO:	18,925,082
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,429,373
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	185
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,695
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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
8360948957	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JULIAN RAMIREZ
80845274
RAMIREZ RINCON JULIAN EDUARDO
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RAMIREZ RINCON JULIAN EDUARDO
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA - PIC	
No. DE CONTRATO: 8289 -2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIAN EDUARDO RAMIREZ RINCON	DOCUMENTO: 80845274							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psicóloga en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. Desarrollar actividades orientadas al mejoramiento de calidad de vida de la comunidad barrista mediante estrategias de fortalecimiento de habilidades psicosociales que permiten la prevención de violencias, prevención del suicidio y la sana convivencia; así como actividades que se orientan hacia los habitos saludables, el desarrollo de actividad física, el cuidado del medio ambiente, entre otras actividades.	Desarrollo de acciones encaminadas al fortalecimiento de temáticas especificas que aportan a la construcción de habitos y practicas saludables durante y después de la pandemia.
4. Realización de informe cualitativo y cuantitativo mensual, tablero de control	Sistematización de resultados de las acciones, en los informes cuali-cuantitativos y el tablero control.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 1,429,373 UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

JULIAN RAMIREZ

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

JULIAN EDUARDO RAMIREZ RINCON

CC: 80845274

Fecha :31/08/2022

Firma de recibido supervisor.

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Señor(es): Julian Eduardo Ramirez Rincon
Nit: CC 80845274
Dirección: Calle 87 No 102 60 Int 19 Apto 402
Teléfono: 310111520 **Fax:** 310111520
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	Julian Eduardo Ramirez Rinc
Tipo y Número de Identificación	80845274
Número de radicación planilla	8360948957
Fecha de pago	8/11/2022
Número de autorización de pago	85243866
Banco	1028
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2022
Periodo cotización pensión	Julio 2022
Periodo cotización caja	Julio 2022
Número de administradoras	3
Total Pagado	$309.400
Total Interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$24.400	1
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	$160.000	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$125.000	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO						NOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	DIAS INCAP	DIAS LICENCIA MAT	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	APC ADICIONAL
1	CC	80946074	Ramirez Rincon Julian Eduardo	EPS037	230201																				1.000.000	1.000.000	0	1.000.000	0			160.000	0	0	125.000	0

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 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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	REY RIVEROS GUZMAIN LEONARDO		217927
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1121816591
CORREO	leorey0117@gmail.com	CELULAR	3123321866
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24044408477		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8294-2021 — N° DE PAGOS DEL CONTRATO:

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44402	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55235	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64511	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5491	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17613	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24302	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25872	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27726	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35225	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35223	FECHA	16/08/2022

OBJETO: INGENIERO AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
9438598087	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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 BOCANEGRA HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC: 1121816591
REY RIVEROS GUZMAIN LEONARDO
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 EJECUCION DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO AP-CT-F-S0-03 VERSIÓN 3 PÁGINA 1 DE 1 FECHA 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		Salud Publica - PIC		
No. DE CONTRATO: 8294-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	5	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GUZMAIN LEONARDO REY RIVEROS	1121916591						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como INGENIERO AMBIENTAL en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel Institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Única 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.	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.
3. Ejecutar acciones de Información, educación y comunicación en salud ambiental.	Acciones de información, educación y comunicación en salud ambiental en las localidades de la subred norte.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3.736.514)

GUZMAIN LEONARDO REY RIVEROS
CC: 1121916591

Fecha 31/08/2022
Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

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

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RIVERA ALDANA CARLOS HECTOR		216997
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79108054
CORREO	chra1961@gmail.com	CELULAR	3202601130
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	476170027751		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8295-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44401	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55236	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2265	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 3	60986	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 4	67917	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5492	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15855	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	17611	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24300	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25869	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1615	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27723	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35222	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35218	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,497,347
VALOR EJECUTADO:	20,489,667
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,784,784
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	231
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carlos Rivera CC79108054

RIVERA ALDANA CARLOS HECTOR
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
60324850	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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 Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RIVERA ALDANA CARLOS HECTOR
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				UNIDAD:	SALUD PUBLICA - FERIAS			
No. DE CONTRATO: 8295-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	08	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS HECTOR RIVERA ALDANA	DOCUMENTO: 79108054						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Agente de Cambio en el marco del Plan de Intrervenciones Colectivas - PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3. Agente de cambio del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento presencial a familias con personas con discapacidad
	Informacion, asesoria y seguimiento presencial con la red de cuidado colectivo - red de cuidadores y cuidadoras , grupo de gestores por el cuidado de la salud y la inclusion y grupo jovenes desarrollo de capacidades en adolecentes y jovenes.
	Convocatoria y activacion de rutas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($ 1.784.784.) un millón setecientos ochenta y cuatro mil setecientos ochenta y cuatro pesos M/CTE

	Fecha : 31/08/2022
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para 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		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EN CONVENIO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79109254	CARLOS HECTOR RIVERA ALDANA		CLL 152 A 99-45	6089691	carlosriveraaldana@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTA, 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	
2022-07	2022-07	1	10/08/2022	80324850	$309.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo 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	830603790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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

Digitalizado por CamScanner

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:	ROCHA MENDOZA NICOLAS DANIEL		217847
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018497471
CORREO	nicolasrome@unisabana.edu.	CELULAR	3229446381
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24068602167		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8296-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44399	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55237	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64849	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2754	FECHA	14/12/2021	NÚMERO DE CRP: 4	69653	FECHA	14/12/2021
NÚMERO DE CDP: 5	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 5	5493	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 6	15851	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 7	17610	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	24299	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 9	25866	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 10	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 10	27721	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35215	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 12	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 12	35213	FECHA	16/08/2022

OBJETO: FISIOTERAPEUTA

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01	08	2022	HASTA	31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	52,095,429
VALOR EJECUTADO:	52,095,429
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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.

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nicolas Rocha
ROCHA MENDOZA NICOLAS DANIEL
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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9438576547	187,000	239,400	3	36,500	0	462,900
	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROCHA MENDOZA NICOLAS DANIEL
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			**UNIDAD:**		**FERIAS**			
No. DE CONTRATO: 5933-2022	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NICOLAS DANIEL ROCHA MENDOZA	**DOCUMENTO: 1018497471**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como fisioterapeuta							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos. Soportes de Preauditoria (actas, listados de reunión)
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.	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. Acta, listado de reunión
3. Profesional universitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias de la comunicacion a familias con personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones Informacion asesoria y seguimiento por medio de herramientas y tecnologias a la red de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad Reporte diario de asesoria y seguimiento virtual RBC y canalizaciones
4. Seguimiento al plan de trabajo del producto de monitoreo	Tablero de control e informe mensual soportes de insumo para informe

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) (3,736,514) PESOS. TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

Nicolas Rocha

NICOLAS DANIEL ROCHA MENDOZA

CC: 1018497471

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018497471		ROCHA MENDOZA NICOLAS DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 92 #151b-86	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3650723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594258610	9438576547	I	2022/08/17	2022/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$462.900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000		$36,500		$0	$0		$462,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000		$36,500		$0	$0		$462,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000		$36,500		$0	$0		$462,900
1	CC	1018497471	ROCHA NICOLAS							X										23020 1	30	$1,496,000	$239,400	EPS001	30	$1,496,000	$187,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,496,000	2.436%	$36,500	0	$0	$0	No	5462,900
Total	**Afiliados(1)**																					$1,496,000	$239,400			$1,496,000	$187,000			$0	$0			$1,496,000		$36,500		$0	$0		$462,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018497471		ROCHA MENDOZA NICOLAS DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 92 #151b-86	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3650723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594258610	9438576547	I	2022/08/17	2022/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$462.900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,400	$0	$0	$239,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$239,400	$0	$0	$239,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,000	$0	$0	$187,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$187,000	$0	$0	$187,000
TOTAL				**1**	**$462,900**	**$0**	**$0**	**$462,900**

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:	RODRIGUEZ CALDERON MARIA FERNANDA											217907	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				1032499598				
CORREO	fernanda.0811@hotmail.com				CELULAR				3125574157				
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano												
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y				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	10				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA	24098935697												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8297-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44397	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55238	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64509	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5494	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17606	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24297	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25863	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27719	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35211	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35208	FECHA	16/08/2022

OBJETO:	PSICOLOGO (A)								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	08	2022		31	08	2022	
TIPO SERVICIOS	Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%			0	
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 minimo 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
9438575462	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032499898

RODRIGUEZ CALDERON MARIA FERNANDA
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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1032499548
RODRIGUEZ CALDERON MARIA FERNANDA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO: 8297-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA FERNANDA RODRIGUEZ CALDERON	DOCUMENTO: 1032499598						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo como PSICOLOGA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a la necesidades de la institucion.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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.	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.
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida juvenil, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST y AUDIT y CARLOS según corresponda, plan de trabajo, pre-test

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3.736.514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

MARIA FERNANDA RODRIGUEZ CALDERON
CC 1032499598

Fecha . 31/08/2022

Firma de recibido supervisor

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

aportes en línea

Planilla Generada Para Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032499598		RODRIGUEZ CALDERON MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 6 A # 32 A -55 SUR	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594161170	9438575462	I	2022/08/23	2022/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$462,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,494,640	$239,200			$1,494,640	$186,900			$0	$0			$1,494,640	$36,500		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,494,640	$239,200			$1,494,640	$186,900			$0	$0			$1,494,640	$36,500		$0	$0
1	CC	1032499598	RODRIGUEZ MARIA	230201	30	$1,494,640	$239,200	EPS005	30	$1,494,640	$186,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,494,640	$36,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,494,640	$239,200			$1,494,640	$186,900			$0	$0			$1,494,640	$36,500		$0	$0

2022/08/08 07:09 PM

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032499598		RODRIGUEZ CALDERON MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 6 A # 32 A -55 SUR	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	1594161170	94388575462	I	2022/08/23	2022/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$462,600

RESUMEN DE PAGO

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$239,200	$0	$0	$239,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$239,200	$0	$0	$239,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$0	$0	$36,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,500	$0	$0	$36,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,900	$0	$0	$186,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$186,900	$0	$0	$186,900

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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:	RODRIGUEZ GOMEZ DOLLY YAZMIN				218004
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula		No.	52912840	
CORREO	rodriguezdolly@gmail.com		CELULAR	3115338044	
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y		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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	67317004866		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3298-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NUMERO DE CRP: 1	44395	FECHA	15/07/2021
NUMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NUMERO DE CRP: 2	55239	FECHA	25/08/2021
NUMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NUMERO DE CRP: 3	64507	FECHA	22/11/2021
NUMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NUMERO DE CRP: 4	5495	FECHA	18/01/2022
NUMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NUMERO DE CRP: 5	15842	FECHA	25/04/2022
NUMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NUMERO DE CRP: 6	17602	FECHA	18/05/2022
NUMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NUMERO DE CRP: 7	24296	FECHA	07/06/2022
NUMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NUMERO DE CRP: 8	25860	FECHA	21/06/2022
NUMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NUMERO DE CRP: 9	27717	FECHA	01/07/2022
NUMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 10	35204	FECHA	16/08/2022
NUMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NUMERO DE CRP: 11	35200	FECHA	16/08/2022

OBJETO: ADMINISTRADOR AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,540,405
VALOR EJECUTADO:	49,540,405
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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 minimo 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

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC 52912 840
RODRIGUEZ GOMEZ DOLLY YAZMIN
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.

Escaneado con CamScanner

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO AP-CIF-50 03
		VERSIÓN 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINA 1 DE 1
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	FECHA 18/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				**UNIDAD:**		**Salud Pública - PIC**	
No. DE CONTRATO.8298-2021	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO		1	08	2022	31	08	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DOLLY YAZMIN RODRIGUEZ GOMEZ	**DOCUMENTO: 52912840**						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como ADMINISTRADOR AMBIENTAL Para el area de la salud publica – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Estrategia Hola vecino barrio San Fernando localidad de Barlos unidos, apoyo en acciones de informacion y comunicación
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.	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.
3. Gestor Comunitario del componente RBC soporte social, encargado de la planeación, diseño, concertación y programación de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios de Salud Norte	Desarrollo de actividades de gestión del cuidado comunitarioen en el barrio San Fernando Localidad Barrios Unidos Estrategia hola vecino y Actividades de planificacion de acciones, recorrido territorial para la definicion de barrios, levantamiento de linea base, recorrido barrial e identificación de actores y caracterización cartografía social.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($3,736,514)

DOLLY YAZMIN RODRIGUEZ GOMEZ
CC 52912840

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor:
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Escaneado con CamScanner

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:	ROJAS ATEHORTUA ADRIANA		217425
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52558902
CORREO	nanaro5001@gmail.com	CELULAR	3165310130
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	67350479624		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8300-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44391	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55241	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	64506	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5497	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17598	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24293	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25855	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27715	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35193	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35190	FECHA	16/08/2022

OBJETO: PSICOLOGO (A)

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,736,514	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:	49,247,845
VALOR EJECUTADO:	49,247,845
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,736,514
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
1048035583	186,900	239,200	3	36,500	0	462,600

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

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROJAS ATEHORTUA ADRIANA

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.

	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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROJAS ATEHORTUA ADRIANA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO			UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO: 6300-2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ADRIANA ROJAS ATEHORTUA	DOCUMENTO: 52558902						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PSICOLOGA en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos 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, 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3.Profesional universitario del componente de servicios de acogida, encargado de la planeación, diseño, concertación, programación y ejecucion de la estrategia en la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte.	Tamizaje del riesgo por consumo de SPA, aplicación de ASSIST, AUDIT Y CARLOS CRAFFT, según corresponda, plan de trabajo, pre-tes; seguimineto individual, intevencion breve, psicoeducación, cierre, evaluacion final de plan de trabajo y pos-tes o insumo para informe mensual-

OBSERVACIONES: N/A

AL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($3,736,514) TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

Adriana Rojas Atehortua CC: 52558902	Fecha : 31/08/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-08-09, 10:48:55 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048035583

Periodo Cotización: julio de 2022 **Periodo Servicio:** julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8836884270

PAGADO 09/08/2022

DATOS DEL APORTANTE

zón Social	ADRIANA ROJAS ATEHORTUA		
ecumento	CC52558902	**Dirección**	CALLE 87 # 95F - 36
po de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3165310130
po Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
udad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
presentante Legal		**Identificación**	
tal Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
ntificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
558902	ADRIANA ROJAS ATEHORTUA	59	00								X									0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,494,610	$ 239,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,494,610	$ 186,900	2.436	$ 1,494,610	$ 36,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,494,610	$ 1,494,610	$ 1,494,610	$ 0	$ 239,200	$ 186,900	$ 36,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 462,600	$ 3,000	$ 465,600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	ROMERIN RUSSI PAOLA LORENA		217200
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1013633662
CORREO	rpaola1013@gmail.com	CELULAR	3225245602
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	488416876289		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8301-2021 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44389	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55242	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66955	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5498	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 5	17597	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 6	24292	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	25853	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 8	27714	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 9	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 9	35187	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35184	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	20,452,116
VALOR EJECUTADO:	20,444,436
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,777,058
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	230
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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
9437973465	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paola Romerin Russi
CC 1013633662
ROMERIN RUSSI PAOLA LORENA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		Salud Publica - PIC
No. DE CONTRATO: 8301 - 2021	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MARIA BOCAREJO		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI	DOCUMENTO: 1013633662						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Gestor comunitario en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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.	Preauditoria realizada según cronograma con coordinación del espacio y apoyos.
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 Tecnologia, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	socialización de temáticas de humanización, gestión del riesgo, acreditacion, asistencia técnica por proceso y planeación para el desarrollo de los productos del espacio.
3. 3. Realizar actividades de enganche y recorridos en calle para la identificacion de grupos de riesgo y lugares de consumo de sustancias	Actividades de enganche y recorridos en calle
4. Participar en actividades de encuentros comunitarios	Encuentros comunitarios
5. Realizar evaluacion y monitoreo de las actividades	Realizar informe ejecutivo de las actividades realizadas durate el mes, como la entrega de la matriz 1186, informe de actividades, entre otras.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($): M/CTE ($)1.777.058 UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CERO CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Paola Romerin Russi

PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 1013633662

Fecha : 31/08/2022

Firma de recibido supervisor: _____ SANDRA MARIA BOCAREJO

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013613843		ROMERIN RUSS PAOLA LORENA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 53 # 24B - 33	BOGOTA-BOGOTA D.C.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	NORMAL	640329766	1	2022/08/12	2022/08/08	BANCO BOGOTA	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	APORTE VOLUNTARIO	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	5416	830.903.790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830.003.564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTALES				3	$309,400	$0	$0	$309,400

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013613843		ROMERIN RUSS PAOLA LORENA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 53 # 24B - 33	BOGOTA-BOGOTA D.C.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	NORMAL	640329766	1	2022/08/12	2022/08/08	BANCO BOGOTA	0	$309,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF				RIESGOS		PARAFISCALES		
No	Identificación	Nombres	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Cargo: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	1013613843	ROMERIN RUSS PAOLA LORENA	X	$1,000,000	$160,000	1958	30	$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

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:	RONCANCIO CABALLERO FREDY WILMAR		217010
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80025466
CORREO	aristy2103@gmail.com	CELULAR	3114726097
PROCESO:	Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		
SERVICIO:	Participacion Comunitaria y	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	10	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	24091392167		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8303-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1405	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44384	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1777	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	55244	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2449	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 3	66954	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 4	158	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 4	5500	FECHA	18/01/2022
NÚMERO DE CDP: 5	1184	FECHA	25/04/2022	NÚMERO DE CRP: 5	15837	FECHA	25/04/2022
NÚMERO DE CDP: 6	1330	FECHA	18/05/2022	NÚMERO DE CRP: 6	17593	FECHA	18/05/2022
NÚMERO DE CDP: 7	1528	FECHA	07/06/2022	NÚMERO DE CRP: 7	24289	FECHA	07/06/2022
NÚMERO DE CDP: 8	1649	FECHA	17/06/2022	NÚMERO DE CRP: 8	25848	FECHA	21/06/2022
NÚMERO DE CDP: 9	1815	FECHA	01/07/2022	NÚMERO DE CRP: 9	27709	FECHA	01/07/2022
NÚMERO DE CDP: 10	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 10	35158	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 11	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 11	35157	FECHA	16/08/2022

OBJETO: BACHILLER

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2022		31	08	2022

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,437,099	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:	21,468,948
VALOR EJECUTADO:	21,461,256
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,506,636
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	195
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,692
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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

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

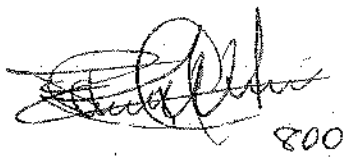
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

80025466
RONCANCIO CABALLERO FREDY WILMAR
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.

23799648	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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,



80020766

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Agosto 2022

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RONCANCIO CABALLERO FREDY WILMAR
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO					UNIDAD:		SALUD PUBLICA
No. DE CONTRATO: 8393-2021	PERIODO CERTIFICADO	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
		1	8	2022	31	8	2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA: FREDY WILMAR RONCANCIO CABALLERO	DOCUMENTO: 80025466						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICOS COMO GESTOR COMUNITARIO PARA EL AREA DE SALUD PUBLICA - PIC							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad, caracterizacion barrial localidad de Suba, Barrio Lago de suba, apoyo en acciones de informacion, comunicacion. Instrumento de caracterizacion cuantitativa y cualitativa, acta, lista de asistencia,registro fotografico y mapa de recorridos.
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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad. Reunion mensualde equipo para la socializacion de tematicas de humanizacion, gestion de riesgo, acreditacion, asistencia tecnica por procesos y planeacion para el desarrollo de los productos del espacio, acta de reunion.
3. Gestion del cuidado comunitario	Ddesarrollo de actividades de gestion del cuidado comunitario en el barrio priorizado por SDS localidad de Suba Barrio Lago de Suba, donde se desarrollan las siguientes actividades, planificacion de acciones, recorrido territorial, levantamiento de linea base e identificacion de actores, caracterizacion, cartografia social.
4.	
5.	
6.	
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1,506,636)

FREDY WILMAR RONCANCIO CABALLERO NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 80025466	Fecha : 31/08/2022 Firma de recibido supervisor SANDRA MARIA BOCANEGRA HERNANDEZ

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	FREDY WILMAR RONCANCIO CABALLERO
IDENTIFICACION:	CC-80025466
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-10-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-08-16
FECHA DE PAGO:	2022-08-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2022-07
PERIODO SALUD:	2022-07
NUMERO PLANILLA:	23799648
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	23799648
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 125.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
14-11	830903790	ARL SURA	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.400	$ 24.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 309.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/09/2022