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:	OSPINA VERA LUZ MARINA		250137
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	51930512
CORREO	luzmarinaospinavera@gmail.	CELULAR	3138681036
PROCESO:	Activos fijos		
SERVICIO:	Activos fijos	UNIDAD:	Simon Bolivar

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	488415199923		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0416-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	141	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	11500	FECHA	31/01/2023

OBJETO:	TECNICO ADMINISTRATIVO I								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	02	2023		28	02	2023
TIPO SERVICIOS	Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%				0		
VALOR MES	2,046,000	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:	8,184,000
VALOR EJECUTADO:	2,046,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,046,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	6,138,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	25.00 %

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
65397857	145,000	0	3	28,300	0	173,300
	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,

BLANCA MARCELA IGLESIAS GALLON
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OSPINA VERA LUZ MARINA
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: CONTROL DE ACTIVOS					**UNIDAD:**		**SUBA**	
No. DE CONTRATO: 0416-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: BLANCA MARCELA IGLESIAS GALLON		1	2	2023	28	2	2023	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: OSPINA VERA LUZ MARINA	**DOCUMENTO: 51930512**							
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I								
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.	Actualización bases de datos, informes, reportes, gestión de bajas elementos obsoletos e inservibles.
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.	Mapa de riesgos Trimestral, proceso geston del ambiente fisico y tecnologico - control de activos fijos
3. Manejo usuario sistemas de información, reporte y generación informes e interfaces	Generación de Reporte movimientos, ingresos, traslados, bajas, mesas de trabajo
4. Levantamiento y verificación de Inventarios, elaboración actas y reportes	Inicio Inventario cronograma de actividades
5. Grabación registros de traslado, ubicaciones, responsables y actualización modulo de activos fijos en el sistema de información clinical suite	Reportes actualización sistema
6. Identificación, reporte, traslado y registro de bienes en uso e inservibles	Formatos de baja, reportes de inventarios
7. Reporte y recolección de bienes obsoletos e inservibles	retiro elementos inservibles de los servicios con formato de baja
8. Manejo, custodia y archivo papeles de trabajo	Tablas de retención documental, archivo actualizado disponible en la oficina de activos fijos de la localidad de SUBA
9. Expedición certificaciones de retiro	Aprobación firma en formato de paz y salvo

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE ($2,046,000)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 51930512

Fecha : 28/02/2023

Firma de recibido supervisor:
BLANCA MARCELA IGLESIAS GALLON

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 **LUZ MARINA OSPINA VERA**, identificada con **CC** número **51930512**, aportó por el empleado **LUZ MARINA OSPINA VERA** identificado(a) con **CC** número **51930512** 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 01 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAP	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	MORA
14-11	ARL SURA	57															0		30	$1,160,000	0.02436	$28,300	$0	$0	Enero - 2023	65397857	07/02/2023	NO
EPS002	Salud Total EPS	57															0		30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Enero - 2023	65397857	07/02/2023	NO

PAGADO

El presente certificado se expide a los **16** días del mes **Febrero** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.