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:	ROMAÑA MARTINEZ DEYANIRA											255599	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.				53068120				
CORREO	deyanira.9329@gmail.com				CELULAR				3115484779				
PROCESO:	TALENTO HUMANO												
SERVICIO:	TALENTO HUMANO				UNIDAD:				Engativa				
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:	0228-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	141	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	11322	FECHA	31/01/2023

OBJETO:	TECNICO ADMINISTRATIVO I								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	03	2023		31	03	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:	4,092,000
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:	4,092,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	50.00 %

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
7870045788	145,000	185,600	3	28,300	0	358,900
	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,

MEDINA ORNA JOHANNA MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Deyanira Romaña
ROMAÑA MARTINEZ DEYANIRA
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.		CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: TALENTO HUMANO					**UNIDAD:**	**ENGATIVA**		
No. DE CONTRATO: 228-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHANNA MARIA MEDINA ORNA		1	3	2023	31	3	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DEYANIRA YAMILETH ROMAÑA MARTINEZ	**DOCUMENTO: 53,068,120**						
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO ADMINISTRATIVO 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.	Prestar servicios como TECNICO ADMINISTRATIVO I dentro de los diferentes procesos de Incapacidades como: Recibir en fisico o por medios magneticos la incapacidades de los funcionarios. Registrar en la base de datos toda la informacion de las incapacidad. Radicar y Transcribrir las incapacidaes ante cada una de las EPS y ARL. Cuando hay inconsistencias en ellas llamar o enviar correos a los funcionarios. Gestionar ante las EPS los pagos de las incapacidades y hacer seguimiento de los pagos realizados y los no realizados y gestionar para su pago oportuno. Escaner Incapacidades mes a mes y enviar a cartera los soportes de las incapacidades Radicadas. Enviar informes mes a mes al area de Seguridad y Salud en el Trabajo. Enviar al area de hojas de vida todos los meses las incapacidades de uno y de dos dias entre otras. Recibir registrar y llevar un control de los Ausentismos de los funcionarios Mes a mes. Enviar alarea de hojas de vidad todos los Ausentismos en fisico con una relacion de ellos y sus respectivos soportes. Hacer informes y oficios dirigidos a las diferentes direcciones o areas cada trimestre entre otars. Dentro de los procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institucion. Realizar la siguientes actividades: Especificas Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de la obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo al codigo del Buen Gobierno y Etica Institucional y/o Profesional. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y terminos de la normatividad vigente durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos. La falsedad en dichos documentos dara lugar a terminacion automatica de contrato. Adherirse a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestion de la Calidad de la Subred Norte relacionados con la gestion ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestion documental y archivo, Sistema Unico de Acreditacion, Responsabilidad Social, Seguridad de la Informacion y control interno, acorde con el desarrollo de las obligaciones asignadas. 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 la operacion de
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	
3. Apoyar el desarrollo de de las actividades administrativas en elprocedimiento asignadode la direccion de gestion del talento humano, proceso de incapacidades	
4. Realizarlas actividades tecnicas asignadasde apoyo administativos rn la direccion de gestion del talento humano, proceso de incapacidades.	
5. Generar los documentos de archivos de acuerdo a las actividades establecidas en el proceso, teniendo en cuenta la normatividad vigente. Regulada para procesos de incapacidades.	
6. Realizar los informes y los documentos requeridos por los entes externos y procesos internos, para el cumplimiento de las actividades asignadas en el proceso.	
7. Dar respuesta alos diferentes requerimientos emitidos por entes externos y procesos internos, en lo referente a solicitud informacion, derechos de peticion, entre otros.	
8. Realizar el apoyo en la atencion al usuario interno y externo, en lo referente a los procedimientos de la direccion de la gestion del talento humano.	
9. Realizar el procedimiento de nomina en lo relacionado en la produccion de informacion de incapacidades,radicacion, inclusion en la nomina y conciliacion de cartera con contabilidad.	
10. Gestionar el cobro de las incapacidades con las diferentes administradoras (EPS Y ARL).	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud **Norte E.S.E.**		CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: TALENTO HUMANO					**UNIDAD:**		**ENGATIVA**	
No. DE CONTRATO: 228-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHANNA MARIA MEDINA ORNA		**1**	**3**	**2023**	**31**	**3**	**2023**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DEYANIRA YAMILETH ROMAÑA MARTINEZ	**DOCUMENTO: 53,068,120**							

11. Contribuir con el mantenimiento y mejora el sistema Obligatorio de Garantias de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las actividades asignadas, en el marco de la operación de los componentes del sistema unico de Habilitacion, Auditoria, para Mejoramiento de la calidad, Sistema unico deacreditacion y sistema de informacion.	los componentes del Sistema unico de Habilitacion, Auditoria para el Mejoramiento de la calidad, Sistema unico de Acreditacion y Sistema de la Informacion.
12. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema unico de acrecditacion : Gestion del Riesgo, Humanizacion de la Atencion, Transformacion cultura, Gestion clinica excelente y segura, Gestion de la Tecnologia, Atencion 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 Unico de Acreditacion: Gestio dl Riesgo, Humanizacion de la Atencion, Transformacion cultural, gestion clinica excelente y segura, de la tecnologia, Atencion centrada en el ususario y OBJETO Prestar servicios como TECNICO ADMINISTRATIVO I 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 institucion. Contribuir con la consolidacion de los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades publicas o privadas, dentro de los terminos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los miosmos. sera responsable de la informacion emitida y avalada con ocasion de los derechos de peticion. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecucion de las responsabilidades asignadas. Salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuacion o pronunciamiento que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, o de cualquiera de sus unidades de prestacion de servicios de Salud Norte E.S.E. o de cualquiera de sus unidadesde Prestacion de servicios de Salud, sera motivo de terminacion unilateral del contrato. Se compromete hacer una entrega real y efectiva de toda la informacion correspondiente a las actividades realizadas durante el tiempo de ejecucion del presente contrato, una vez expire su plazo o termine de forma anticipada.
13. Realizar las demas actividades con el objeto del contrato e informadas por el supervisor del mismo.	velar por los recursos y funcionamientos de los equipos, documentos o biene muebles, entregados para la ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato. Devolver el carnet, chaqueta, elementos institucionales, informacion o bienes muebles entregados con ocasion del desarrollo de sus actividades cumplimiento contractual. Se obliga a la aprobacion del del contrato, modificacion contractual dentro del primer dia habil siguiente en la plataforma del SECOP II y/o en fisico .

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

Deyanira Romaña.

DEYANIRA ROMAÑA MARTINEZ

CC: 53,068,120

Fecha : 31/3/2023

Firma de recibido supervisor _____

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

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53068120
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	DEYANIRA YAMILE ROMANA MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARERRA 5 I NO 48-18 SUR
TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7870045788
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	2
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/03/08
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2023
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1959337820

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 185.600	$ 500	$ 186.100
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 500**	**$ 186.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 145.000	$ 400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 145.400**

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	$ 28.300	$ 28.300	$ 100	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 28.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 53068120	ROMANA MARTINEZ DEYANIRA YAMILETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.160.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

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	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	53068120	$ 28.300

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	$ 359.900

Planilla Pagada