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:	ARRIETA CARDENAS LUZ ELENA		262306
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	64739027
CORREO	luchys02@hotmail.com	CELULAR	3156432628
PROCESO:	GESTION DE PROGRAMAS DE INTERES EN SALUD PUBLCIA		
SERVICIO:	GESTION DE PROGRAMAS	UNIDAD:	LORENCITA

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	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	8800693775		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4704-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	721	FECHA	23/03/2023	NÚMERO DE CRP: 1	18592	FECHA	01/04/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1008	FECHA	25/04/2023	NÚMERO DE CRP: 2	21680	FECHA	28/04/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1304	FECHA	25/05/2023	NÚMERO DE CRP: 3	25079	FECHA	26/05/2023

OBJETO: TECNICO I

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2023		31	05	2023

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,460,374	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:	5,255,037
VALOR EJECUTADO:	5,241,666
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,781,292
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	208
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	13,371
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.75 %

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
67243801	145,000	185,600	3	28,300	23,200	382,100
	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,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ARRIETA CARDENAS LUZ ELENA
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:	GPAISP - PAI			**UNIDAD:**			Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	4704-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	5	2023	31	5	2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ARRIETA CARDENAS LUZ	**DOCUMENTO:**	64739027					
OBJETO DEL CONTRATO:	Técnico_1							
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
1. Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (fisico/digital) de la pobiación encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. 2. formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (fisico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. 3. Formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados),previa verificacion del antecedente vacunal (fisico/digital)de la pobiación encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. 4. Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19,cam.de vacunacion niñas,Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biologico VPH y COVID19, de vacunacion niños 5. Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19,cam.de vacunacion niñas 6. Realizar diligendamiento del control diario (dos veces al d'a) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural. 7. Realizar programación diaria de las rutas para optimizar los recorridos, de las diferentes tácticas de vacunación extramural.Y asegurar el agendamiento diario para estrategia de Vacunación Sin Barreras para la táctica domiciliaria. Bajo la supervision del profesional de estrategias.	1. Entrega de SIS debidamente diligenciados sin tachones ni enmendaduras. 2. Entrega de SIS con sus respectivos soportes Domiciliaria , Seguimientos y Concentraciones. 3. Entrega de SIS y acta de lo realizado durante la jornada. 4. Entrega de formato Consentimiento Informado VPH y Covid-19, carne de vacunacion de adultos y niños debidamente diligenciados. 5. No aplica para este mes. 6. Se realiza Vacunacion en punto Hospita Simon Bolivar uss Orquideas, colegios Barrios Unidos y CAPS Suba, domiciliaria, - Biológicos aplicados: 1ras:3 2das:5 3ras:12 Año:3 R1:3 R2:4 vph:10 Td: 12 dpta:5 TV: 8 S/S 10 BCG 3 HB 3 Influenza Pediatrica 10- Influenza Adulto 45 - FA 7 7. Se actualizan datos de los menores vacunados, participación en comité Extramural 04/05/2023 y se participa, se realiza apropiación de los lineamientos enviados para las ejecución del programa PAI Extramural.l.

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 2.781.292,00
DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS	

Luz Elena Arrieta Cárdenas

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ARRIETA CARDENAS LUZ ELENA

64739027

Fecha : 31 - 5 - 2023

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	64739027	LUZ ELENA ARRIETA CARDENAS	Cra 86a n 2a 41	3156432628	luchys02@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	
2023-04	2023-04	I	09/05/2023	67243801	$382.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	1	200	0	145.200	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	185.600	0	0	0	0	1	300	0	185.900	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	28.300				28.300	1	100	28.400			283	28.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	1	100	23.300	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	145.000	145.200
Pensión	1	185.600	185.900
Riesgos Laborales	1	28.300	28.400
CCF	1	23.200	23.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.800

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	64739027	LUZ ELENA ARRIETA CARDENAS	Cra 86a n 2a 41	3156432628	luchys02@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	
2023-04	2023-04	I	09/05/2023	67243801	$382,800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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	64739027	ARRIETA CARDENAS LUZ ELENA	59	0			N																	25-14	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS037	1,160,000	145,000	14-23	1,160,000	3	28,300	CCF24	1,160,000	23,200	0	0	0	0	0

PAGADA

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