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:	MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN		252523
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1129044844
CORREO	jhonambiental88@gmail.com	CELULAR	3134863444
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	%
	K27											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	004800441943		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5346-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1607	FECHA	14/06/2022	NÚMERO DE CRP: 1	28845	FECHA	08/07/2022
NÚMERO DE CDP: 2	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 2	35403	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 3	2083	FECHA	16/08/2022	NÚMERO DE CRP: 3	35401	FECHA	16/08/2022
NÚMERO DE CDP: 4	2252	FECHA	29/08/2022	NÚMERO DE CRP: 4	40950	FECHA	29/08/2022
NÚMERO DE CDP: 5	2311	FECHA	08/09/2022	NÚMERO DE CRP: 5	41825	FECHA	09/09/2022
NÚMERO DE CDP: 6	2538	FECHA	01/10/2022	NÚMERO DE CRP: 6	43791	FECHA	01/10/2022
NÚMERO DE CDP: 7	3060	FECHA	24/11/2022	NÚMERO DE CRP: 7	50902	FECHA	24/11/2022
NÚMERO DE CDP: 8	3313	FECHA	09/12/2022	NÚMERO DE CRP: 8	52715	FECHA	09/12/2022
NÚMERO DE CDP: 9	202	FECHA	19/01/2023	NÚMERO DE CRP: 9	8587	FECHA	19/01/2023
NÚMERO DE CDP: 10	367	FECHA	26/01/2023	NÚMERO DE CRP: 10	14304	FECHA	31/01/2023

OBJETO: TECNICO I - TECNICO AMBIENTAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2023		26	03	2023

TIPO SERVICIOS	PIC	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:	19,606,841
VALOR EJECUTADO:	19,594,478
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,990,354
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	161
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	12,363
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.94 %

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
9447457515	145,000	185,600	3	28,300	0	358,900

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

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN
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,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN
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 HOGAR				**UNIDAD:**				
No. DE CONTRATO: 5346-2022	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**1**	**3**	**2023**	**26**	**3**	**2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN	**DOCUMENTO: 1.129.044.844**						
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO AMBIENTAL							
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. Consolidacion de informacion realacionada al talento humano, elaboracion de informes y repotes	se hece entrega de productos del mes de marzo con criticas de calidad
4. pre critica tecnica de la operación	se hace revision de los productos a entregar en el mes de marzo
5. consolidar y dar seguimiento a indicadores trazados en el entorno y buscar oportunidades de mejora en aquellos que no se este dando cumplimiento	se realiza tableros de indicadores e informes de manera oportuna
6. aplicación de analisis de encuestas de persecion segun instruciones de SDS	se asiste a encuentros programados durante el mes de marzo, en articulacion de diferentes entornos y sistema de informacion
7.	

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR : UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS. M/CTE ($1,990,354)

JHONATAN MOSQUERA MOSQUERA *CC:1129044844*	Fecha :31/03/2023 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	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1129044844		MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trvs 57 #75 -17 sur	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
2023-02	2023-02	1958518477	9447457515	I	2023/03/10	2023/03/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

2023/03/07 10:17 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 1129044844		MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trvs 57 #75 -17 sur	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
2023-02	2023-02	1958518477	9447457515	I	2023/03/10	2023/03/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,900

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 1129044844	MOSQUERA JHONATAN	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

PLANILLA PAGADA

2023/03/07 10:17 PM