| 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 | | | | | | | | | | | 290176 | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | | | No. | | | | 1129044844 | | | |
| CORREO | jhonambiental88@gmail.com | | | | | CELULAR | | | | 3134863444 | | | |
| 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 | % | |
| | FERK27 | | | | | | | | | | | | |
| BANCO | 28 | | | | | TIPO CUENTA | | | | AHORROS | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 004800441943 | | | | | | | | | | | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3757-2023 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 721 | FECHA | 23/03/2023 | NÚMERO DE CRP: 1 | 17530 | FECHA | 28/03/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1008 | FECHA | 25/04/2023 | NÚMERO DE CRP: 2 | 20915 | FECHA | 28/04/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 1496 | FECHA | 14/06/2023 | NÚMERO DE CRP: 3 | 28512 | FECHA | 14/06/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1556 | FECHA | 26/06/2023 | NÚMERO DE CRP: 4 | 31885 | FECHA | 27/06/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1715 | FECHA | 21/07/2023 | NÚMERO DE CRP: 5 | 34559 | FECHA | 21/07/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1740 | FECHA | 26/07/2023 | NÚMERO DE CRP: 6 | 38385 | FECHA | 01/08/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 1899 | FECHA | 28/08/2023 | NÚMERO DE CRP: 7 | 41071 | FECHA | 28/08/2023 |
| NÚMERO DE CDP: 8 | 2108 | FECHA | 18/10/2023 | NÚMERO DE CRP: 8 | 48499 | FECHA | 18/10/2023 |

OBJETO: TECNICO I

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 10 | 2023 | | 31 | 10 | 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: | 18,158,722 |
| VALOR EJECUTADO: | 18,158,629 |
| *VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:* | 3,075,467 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 230 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 93 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9456011033 | 145,000 | 185,600 | 3 | 28,300 | 0 | 358,900 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

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.

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 BOCANEGRA 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.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO HOGAR | | | | UNIDAD: | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 3757-2023 | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ | | 1 | 10 | 2023 | 31 | 10 | 2023 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN | DOCUMENTO: 1129044844 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO AMBIENTAL | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100% | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1. Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. | Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad |
| 2. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, conactores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC. | Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad |
| 3. . Implementar acciones de promoción,mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como apoyo a la asignación de citas a consulta, en articulación con al ruta de Promoción y Mantenimiento | se hece entrega de productos del mes de octubre con criticas de calidad |
| 4. Diligenciarmiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea | se hace revision de los productos a entregar |
| 5. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivoen población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC. | se realiza tableros de indicadores e informes de manera oportuna |
| 6. Aplicación de los tamizajes definidos en cada línea de trabajo de los Espacios y/o procesos transversales.Promoveren la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente practicas de [illegible] | se asiste a encuentros programados en articulacion de diferentes entornos y sistema de informacion |
| 8. Realizarî los acercamientosî comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.9. | Participacion en reuniones convocadas por la SDS, asistencia tecnica, mesas de analisis y demas convocatorias a reuniones convocadas por la subred |
| 9. Aportar al proceso de an?lisisde la calidad de vida y salud, que orienten la toma de decisiones y la planeación, a través de la complementariedad sectorial y articulación intersectorial y comunitaria , así como laparticipación en comités, COVES,unidades de an?lisis, | Asistencia a reuniones clonvocadas por lider de operativa, referente al entorno y seguimiento a compromisos establecidos previamente con el lider. |
| 10. . Participar en la implementación y evaluación de las políticas públicas,agendas locales y estrategias participativas intersectoriales y comunitarias. | Asistencia a reuniones convocadas por el lider operatico, referente del entorno y demas actividades que mejoren el proceso |
| 11. Fortalecer las redes comunitarias e institucionales para favorecer los procesos de notificación, canalización y labúsqueda activa institucional, así como la gestión efectiva de respuestas sectorial e interinstitucional, de acuerdo a los alcances de cada Espacio y/o Proceso Transversal. | Participacion y gestion efectiva en las actividades del entorno |
| 12. Desarrollar intervenciones epidemiológicas de campo de acuerdo a las necesidades de cada Espacio y/o Proceso Transversal. | se realiza intervenciones en las familas donde se identifico necesidades de caracter epidemiologico |
| 13. Hacer entrega de losî reportes, informes, bases,tableros de control y/o herramientas ofim?ticas,propias de cada línea de trabajo, Espacio y/o Proceso Transversal, con las características de calidad y pertinencia técnicaesperados. | se hace entrega de formatos de fichas de caracterizacion e implementaciones y delingeciamiento de la base VSP |
| 14. Aportar a los proceso de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente | se hace entrega de formatos de atenciones individuales y colectivas para ser digitados en GESI |
| 15. Realizar disponibilidad de acuerdo a la programación establecida en VSP con el fin de proporcionar una respuesta oportuna a las investigaciones de campo para contención de eventos de interésen salud pública con énfasis en eliminación y erradicación Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano, como requisito previo para el primer pago de honorarios. b) Es obligación para el pago de honorarios, previamente cargar la Certificación de Cumplimiento de Contrato u Orden de Prestación de Servicios, Informe de Ejecución de Contrato de Prestación de Servicios y Planilla de Pago de Aportes al Sistema de Seguridad Social en la plataforma SECOP II en el ítem No. 7 (Ejecución del contrato) en el módulo Plan de Pagos. Sin este requisito el SUPERVISOR no procederá a la certificación del pago correspondiente. | se realiza entrega oportuna de pago de panilla de seguridad social en salud, informe de actividades y se asisitio a los eventos convocados por la referente y lider del entorno hogar. |
| | |

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR: TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 3,075,467)

Jhonatan Mosquera

MOSQUERA MOSQUERA JHONATAN

CC:1129044844

Fecha : 31/10/2023

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. | 3134863444 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 213281331 | 9456011033 | I | 2023/10/11 | 2023/10/11 | NEQUI | 0 | $358,900 |

**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 |
| 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 |

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. | 3134863444 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 213281331 | 9456011033 | I | 2023/10/11 | 2023/10/11 | NEQUI | 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 |

PAGO APORTES EN LINEA
PLANILLA DE LIQUIDACION DE APORTES
PLANILLA PARA PAGO DE APORTES