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:	OLARTE VERDUGO KATERYN ZULAY		302663
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1018465743
CORREO	null	CELULAR	null
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	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3826-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	721	FECHA	23/03/2023	NÚMERO DE CRP: 1	17592	FECHA	28/03/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1304	FECHA	25/05/2023	NÚMERO DE CRP: 2	24791	FECHA	25/05/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1496	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	29639	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1556	FECHA	26/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	31946	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1715	FECHA	21/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	34615	FECHA	21/07/2023
NÚMERO DE CDP: 6	1740	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 6	38437	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 7	1899	FECHA	28/08/2023	NÚMERO DE CRP: 7	41129	FECHA	28/08/2023
NÚMERO DE CDP: 8	2108	FECHA	18/10/2023	NÚMERO DE CRP: 8	48553	FECHA	18/10/2023
NÚMERO DE CDP: 9	2251	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 9	53661	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 10	160	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 10	12031	FECHA	24/01/2024

OBJETO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	12	2023		31	12	2023
TIPO SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 2%			0			
VALOR MES	6,458,292	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

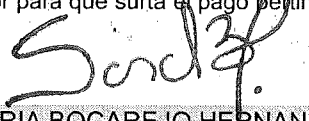
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	65,424,840
VALOR EJECUTADO:	65,424,840
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,458,216
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

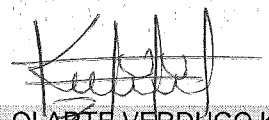
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
73195960	323,000	413,400	3	63,000	0	0

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



SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



OLARTE VERDUGO KATERYN ZULAY
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	0
Cargado en Gestion Th - ID No. 1781 Valor Hora 35099 Cantidad Horas 184 Valor mes 6458292 Cant Dias 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	OLARTE VERDUGO KATERYN ZULAY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESCO EN SALUD				UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	3826-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	12	2024	31	12	2024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO								
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional Especializado IV- REFERENTE DEL ENTORNO	DOCUMENTO:	1018465743						
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %									

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar seguimiento plan de acción con el cronograma publicado en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar y su seguimiento mensual publicado en los primeros 5 días h?biles de cada mes, para su respectivo seguimiento	Radicar producto de Plan de acción en la carpeta de Google drive HOGAR SUBREDES, el cual es verificado desde la SDS, se evidencia en este coberturas e indicadores por los productos ejecutados del entorno
.2. Realizar actas de reunión con los líderes comunitarios	Se realiza asistencia al comité del cuidado, mesas territoriales y espacios de direccionamiento
3. Seguimiento a bases de datos de familias Priorizadas	Se realiza seguimiento a las bases enviadas desde la SDS, así como acompañamiento y verificación a la estrategia de angeles guardianes
4. Realizar actas y listado de asistencia a reuniones, asistencias técnicas, precrítica, entre otros	Se realiza fortalecimientos técnicos a los profesionales de apoyo del entorno
5. Realizar actas y listados de asistencia de los espacios o actividades comunitarias	Se asiste a la mesa del cuidado de la localidad de Suba
6. realizar informe ejecutivo atención de casos emergentes	Se realiza informe mensual y trimestral, donde se reporta los eventos de salud pública prioritarios
. Apoyar la supervisión técnica y administrativa de aquellos contratos que le sean asignados. * Realizar seguimiento a la ejecución de las obligaciones contractuales de los contratos que le sean asignados por el supervisor. *Presentar al supervisor informe del seguimiento a la ejecución de los contratos asignados. *Verificar que los informes de actividades . cuenta de cobro, modificaciones contractuales, documentos de los contratos que le sean asignados se encuentren cargados en la plataforma SECOP II.Tener como actividad general de ejercer el control y vigilancia sobre la ejecución contractual de los contratos vigilados, dirigida a verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas en los mismos y como consecuencia de ello est?n facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, impartir instrucciones al contratista y hacer recomendaciones encaminadas a lograr la correcta ejecución del objeto contratado. Ejercer todos y cada uno de los deberes señalados en el manual de contración de la entidad o el que lo reemplaze 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.	. Apoyar la supervisión técnica y administrativa de aquellos contratos que le sean asignados. * Realizar seguimiento a la ejecución de las obligaciones contractuales de los contratos que le sean asignados por el supervisor. *Presentar al supervisor informe del seguimiento a la ejecución de los contratos asignados. *Verificar que los informes de actividades . cuenta de cobro, modificaciones contractuales, documentos de los contratos que le sean asignados se encuentren cargados en la plataforma SECOP II.Tener como actividad general de ejercer el control y vigilancia sobre la ejecución contractual de los contratos vigilados, dirigida a verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas en los mismos y como consecuencia de ello est?n facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, impartir instrucciones al contratista y hacer recomendaciones encaminadas a lograr la correcta ejecución del objeto contratado. Ejercer todos y cada uno de los deberes señalados en el manual de contración de la entidad o el que lo reemplaze 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.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$6,458,216	Seis millones cuatrocientos cincuenta y ocho mil doscientos dieciséis

KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO

CC. 1.018.465.743

14 12 2023

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

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	1018465743	KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO	CLL 106B No.2-40	4191605	katerynolarte0321@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-11	2023-11	I	15/12/2023	73195960	$801.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	323.000	0		0		0	2	700	0	323.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	413.400	0	0	0	0	2	900	0	414.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	63.000				63.000	2	200	63.200			630	63.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	323.000	323.700
Pensión	1	413.400	414.300
Riesgos Laborales	1	63.000	63.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	799.400	801.200

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	1018465743	KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO	CLL 106B No.2-40	4191605	katerynolarte0321@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-11	2023-11	I	15/12/2023	73195960	$801.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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
1	CC	1018465743	OLARTE VERDUGO KATERYN ZULAY	59	0			N																	231001	2,583,300	413,400	0	0	0	0	EPS008	2,583,300	323,000	14-11	2,583,300	3	63,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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