84.

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		305751
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	%
	FERK26											

BANCO	12	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	25078	FECHA	26/05/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1496	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	28540	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1556	FECHA	26/06/2023	NÚMERO DE CRP: 5	32777	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 6	1715	FECHA	21/07/2023	NÚMERO DE CRP: 6	35347	FECHA	21/07/2023
NÚMERO DE CDP: 7	1740	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 7	39208	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 8	1899	FECHA	28/08/2023	NÚMERO DE CRP: 8	41540	FECHA	28/08/2023
NÚMERO DE CDP: 9	2108	FECHA	18/10/2023	NÚMERO DE CRP: 9	49342	FECHA	18/10/2023
NÚMERO DE CDP: 10	2251	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 10	54448	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 11	160	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 11	10576	FECHA	24/01/2024

OBJETO:	TECNICO I							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	01	2024		31	01	2024
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:	24,924,732
VALOR EJECUTADO:	24,924,732
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,460,374
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

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

SANDRA MARTA 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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3 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	1	2024	31	1	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ELENA ARRIETA	DOCUMENTO:	64739027					
OBJETO DEL CONTRATO:	Tecnico_1							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. 2. Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as. 3. Realizar diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural. 4. Realizar programación diaria de las rutas para optimizar los recorridos, de las diferentes tácticas de vacunación extramural. 5. Asegurar el agendamiento diario para estrategia de "Vacunación Sin Barreras" para la táctica domiciliaria. Bajo la supervisión del profesional de estrategias. 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 Item No. 7 (Ejecución del contrato) en el módulo Plan de Pagos. Sin este requisito el SUPERVISOR no procederá a la certificación del pago correspondiente.	1. De acuerdo a las actividades programadas se da cumplimiento con el diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada en las diferentes tácticas. 2. Se realiza adecuado diligenciamiento con calidad de los consentimientos COVID 19 y VPH. 3. Recibimiento, entrega de insumos y biológicos diariamente cumpliendo el control de la temperatura. 4. Se realiza vacunación población suceptible siguiendo los procesos y procedimientos vigente, en las diferentes tácticas de vacunación de la estrategia extramural. 5. a. Se asiste a comité PAI extramural, el día 26/01/2024 b. Cargue del pago de honorarios a la plataforma SECOP II del mes vigente.

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 2.460.374,00
DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS	

Luz Elena Arrieta

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

LUZ ELENA ARRIETA

64739027

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	64739027	LUZ ELENA ARRIETA CARDENAS	Cl 38 A Sur 86 G 26	3156432628	luchys02@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – 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	
2023-12	2023-12	I	16/01/2024	73450145	$364.700	

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	7	1.000	0	146.000	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	7	1.200	0	186.800	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	7	200	28.500			283	28.500	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	7	200	23.400	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 IQE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	146.000
Pensión	1	185.600	186.800
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	1	23.200	23.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	384.700

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