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:	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA		317165
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019005812
CORREO	anasofiaquintero192@gmail.	CELULAR	3124424712
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL	UNIDAD:	Ferias

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FERK29											

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:	4844-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	721	FECHA	23/03/2023	NÚMERO DE CRP: 1	18973	FECHA	13/04/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1008	FECHA	25/04/2023	NÚMERO DE CRP: 2	21729	FECHA	28/04/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1496	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	28275	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1556	FECHA	26/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	32882	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1740	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 5	39312	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 6	1899	FECHA	28/08/2023	NÚMERO DE CRP: 6	41666	FECHA	28/08/2023
NÚMERO DE CDP: 7	2108	FECHA	18/10/2023	NÚMERO DE CRP: 7	49397	FECHA	18/10/2023
NÚMERO DE CDP: 8	2251	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 8	54502	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 9	160	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 9	10627	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 10	211	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 10	17610	FECHA	09/02/2024
NÚMERO DE CDP: 11	387	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 11	21074	FECHA	21/03/2024

OBJETO:	BACHILLER ACADEMICO							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2024		31	03	2024

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,845,204	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:	23,255,296
VALOR EJECUTADO:	23,255,192
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,845,204
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	104
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,

SOFIA QUINTERO

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA
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.

75619831	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	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,

SOFIA QUINTERO

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA
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**	CODIGO: AP-C7-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PAGINA 1 DE 1
		FECHA 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO	GESI			**UNIDAD:**		**Salud Pública-Pic**		
No. DE CONTRATO:	4844-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		**01**	**04**	**2024**	**30**	**04**	**2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA	**DOCUMENTO:**	**1019005812**					
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO III - DIGITADOR (A)							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	**100%**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
Realizar digitacion e ingreso a los aplicativos dispuestos, los datos de las fechas de recoleccion de informacion y las demas que se requieran, verifcando la coherencia de los datos con los profesionales responsables del diligenciamiento de las mismas.	Cada una de las fichas correspondientes a los entornos educativo, comunitario, institucional, laboral y hogar, fueron cargadas en el aplicativo dispuesto por la secretaria de Salud
Revisar toda la informacion registrada en las bases de datos por proceso con el fn de verifcar la cantidad, calidad y consistencia de los datos, e informar los hallazgos, y asiestablecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento a los que haya lugar.	Se revisó información registrada en las bases de datos de SDS verificando calidad, cantidad y coherencia de la información y en su efecto se reporta al técnico lider del entorno los hallazgos encontrados.
Suministrar las bases de datos de las cohortes, cuando se requiera, con previaverifcacion para la entrega.	Actividad no programada para este mes
Realizar depuracion a las bases de datos y cruce, en pro de estandarizar los registros de direccion de acuerdo a lo establecido en los manuales de nomenclatura,garantizando los datos de analisis espacial.	Actividad no programada para este mes
Realizar el cargue del cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo de los niños del programa Mas Familias en Accion, de acuerdo al periodo de verifcacion en elaplicativo SIFA.	Actividad no programada para este mes
Recepcion y custodia de los formatos definidos en los Espacios y/ o proceso Transversal para digitacion realizando pre critica del dato, de acuerdo a los atributos de calidad.	Se recibe de parte del técnico encargado, las fichas de captura correspondientes para su digitación en aplicativo SDS.
Digitacion en los aplicativos, sistemas de informacion, DRIVE, herramientas ofmaticas defnidas para los diferentes Espacios y/ o Procesos Transversales delPSPIC.	Cada una de las fichas correspondientes a los entornos educativo, comunitario, institucional, laboral y hogar, fueron cargadas en el aplicativo dispuesto por la secretaria de Salud
Realizar verifcacion de informacion BDUA.	Actividad no programada para este mes
Realizar la pre. critica del dato, corregir los datos erroneos en el momento de la captura del dato.	Se analiza la coherencia de la información, tanto escrita por el profesional como digitada en aplicativo.
Realizar los ajustes pertinentes a las bases de datos, herramientas ofmaticas o sistemas de informacion de acuerdo a los hallazgos identifcados durante ladepuracion de las bases.	Se realizan ajustes correspondientes en cuanto a identificación de fichas con errores de digitación y coherencia en el dato.
Entregar las fechas de captura digitadas y no digitadas al tecnico o tecnologo.	Se realiza devolución de fchas de captura al técnico encargado en buen estado, comunicando a su vez las novedades encontradas.
Entrega de las bases digitadas al Tecnologo de Sistemas de Informacion del Espacio en los tiempos defnidos para cada Espacio y/ o Proceso Transversal	Actividad no programada para este mes
Aportar a los proceso de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retencion documental defnidas y la normatividad vigente	Actividad no programada para este mes
Las actividades podran ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/ o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente ynecesidades de los servicios de la Subred	Se ejecutan actividades acorde a los prcesos de GESI.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$1.845.204	UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

SOFIA QUINTERO

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA

CC. 1.019.005.812

30 / 04 / 2024

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	1019005812	ANA SOFIA QUINTERO RODRIGUEZ	cra101b#139-24	3124424712	anasofiaquintero192@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	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75619831	$406.900	

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	162.500	0		0		0	13	1.900	0	164.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	13	2.400	0	210.400	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	31.700				31.700	13	400	32.100			317	32.100	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	162.500	164.400
Pensión	1	208.000	210.400
Riesgos Laborales	1	31.700	32.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	406.900

PAGADA

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	1019005812	ANA SOFIA QUINTERO RODRIGUEZ		cra101b#139-24	3124424712	anasofiaquintero192@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	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75619831	$406.900	

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	Economido	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	1019005812	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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