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:	BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA		328206
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1024540262
CORREO	thifany_016@hotmail.com	CELULAR	3016299522 3502971404
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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4707-2023	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	721	FECHA	23/03/2023	NÚMERO DE CRP: 1	18579	FECHA	01/04/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1008	FECHA	25/04/2023	NÚMERO DE CRP: 2	21683	FECHA	28/04/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1239	FECHA	12/05/2023	NÚMERO DE CRP: 3	25082	FECHA	26/05/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1496	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 4	28375	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 5	1556	FECHA	26/06/2023	NÚMERO DE CRP: 5	32780	FECHA	27/06/2023
NÚMERO DE CDP: 6	1715	FECHA	21/07/2023	NÚMERO DE CRP: 6	35350	FECHA	21/07/2023
NÚMERO DE CDP: 7	1740	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 7	39211	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 8	1899	FECHA	28/08/2023	NÚMERO DE CRP: 8	41546	FECHA	28/08/2023
NÚMERO DE CDP: 9	2108	FECHA	18/10/2023	NÚMERO DE CRP: 9	49345	FECHA	18/10/2023
NÚMERO DE CDP: 10	2251	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 10	54451	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 11	160	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 11	10579	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 12	211	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 12	17557	FECHA	09/02/2024
NÚMERO DE CDP: 13	387	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 13	21029	FECHA	21/03/2024
NÚMERO DE CDP: 14	629	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 14	29783	FECHA	20/05/2024

OBJETO:	TECNICO I								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	05	2024		31	05	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:	34,605,769
VALOR EJECUTADO:	34,605,769
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:

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

Azalia Buitrago

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA
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.

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
9466327309	162,500	208,000	3	31,700	26,000	428,200
	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,

Azalia Buitrago

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA
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:	GPAISP-PAI			**UNIDAD:**			Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	4707-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	5	2024	31	5	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AZALIA STEFANIA BUITRAGO REYES	**DOCUMENTO:**	1024540262					
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA							
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 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.	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 vacunacióna población suceptible siguiendo los procesos y procedimientos vigente, en las diferentes tacticas de vacunación de la estrategia extramural . 5. a. Se asiste a comité PAI extramural, el día 29/05/2024 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	

Azalia Buitrago

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA

1024540262

31 5 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.

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 1024540262		BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41 f n 81 g 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5712164	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	658152115	9466327309	I	2024/05/16	2024/05/24	NEQUI	8	$431,200

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1024540262	BUITRAGO AZALIA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF22	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$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 1024540262		BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 41 f n 81 g 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5712164	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	658152115	9466327309	I	2024/05/16	2024/05/24	NEQUI	8	$431,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,400	$0	$209,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,400	$0	$209,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$300	$0	$32,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,100	$0	$163,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$1,100	$0	$163,600
TOTAL				1	$428,200	$3,000	$0	$431,200