| 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 | | | | | | | | | | | | 340822 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | | No. | | | | 1024540262 | | | | |
| CORREO | thifany_016@hotmail.com | | | | CELULAR | | | | 3016299522 3502971404 | | | | |
| PROCESO: | GPAIS PAI | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | GPAIS PAI | | | | UNIDAD: | | | | Fray | | | | |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | A00 | | | | | | | | | | | | |
| 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: | 4798-2024 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 658 | FECHA | 27/05/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 33360 | FECHA | 11/06/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 924 | FECHA | 23/07/2024 | NÚMERO DE CRP: 2 | 38809 | FECHA | 30/07/2024 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 01 | 07 | 2024 | | 31 | 07 | 2024 | |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | 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: | 4,920,748 |
| VALOR EJECUTADO: | 4,920,748 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9469232250 | 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

| LOZANO TORRES INGRID PAOLA | 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.

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | GPAISP-PAI | | | **UNIDAD:** | | | Salud Publica-Pic | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4798-2024 | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES** | | | 1 | 7 | 2024 | 31 | 7 | 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | AZALIA STEFANIA BUITRAGO REYES | **DOCUMENTO:** | 1024540262 | | | | | |
| **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.<br>2. 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.<br>3. 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.<br>4. Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as,<br>5. Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as,<br>6. Realizar diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural.<br>7. Realizar programación diaria de las rutas para optimizar los recorridos, de las diferentes tácticas de vacunación extramural. Y asegurar el agendamiento diario para estrategia de “Vacunación Sin Barreras” para la táctica domiciliaria. Bajo la supervisión del profesional de estrategias.<br>8. Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá:<br>a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano, como requisito previo para el primer pago de honorarios.<br>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 cumplimiento de este requisito, el supervisor no podrá<br>certificar y por ende la Subred no podrá realizar pago alguno | 1. Durante el mes de julio se desarrollan acciones de acuerdo al perfil en el programa ampliado de inmunizaciones.<br>2. N/A<br>3. Durante las jornadas de vacunación realizadas durante el mes de julio se implementan acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.<br>4. Se realiza entrega de los formatos como consentimientos informados de COVID 19, VPH, SIS niño y adulto, kardex, formato jardines y colegios, formato casa a casa y carnets de adulto y niños con calidad al terminar cada jornada.<br>5. N/A<br>6. N/A<br>7. N/A<br>8. N/A<br>9. N/A<br>10. Se realiza entrega de los formatos establecidos par el programa de vacunación durante el mes de junio de acuerdo al proceso de archivo definido del PSPIC.<br>11. Se participan en un total de 28 jornadas, con la aplicación de 320<br>12. Se participa en la reunión extramural de manera presencial del día 19/07/2024.<br>13. A. N/A<br>B. Se realiza el cargue de la certificación al mes correspondiente en la plataforma SECOP II. |

**OBSERVACIONES:**

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)** | $ | 2.460.374,00 |

DOSMILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

Azalia Buitrago

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CC:

BUITRAGO REYES AZALIA STEFANIA

1024540262

Fecha : 31 7 2024

**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**

Firma de recibido supervisor (E):

**INGRID PAOLA LOZANO TORRES**

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 |
| 2024-06 | 2024-06 | 770170055 | 9469232250 | I | 2024/07/15 | 2024/07/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $428,200 |

**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 |



2024/07/11 03:49 PM

Powered by CamScanner

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 |
| 2024-06 | 2024-06 | 770170055 | 9469232250 | I | 2024/07/15 | 2024/07/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $428,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

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



2024/07/11 03:49 PM

Powered by CamScanner