

	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:	4820-2024			PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR (E): SANDRA MIREYA SANCHEZ						1	6	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHON SEBASTIAN MOSQUERA JIMENEZ			DOCUMENTO:		1075298230		
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO III- DIGITADOR (A)							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS			
<p>1.Ingresar y/o consultar en el aplicativo PAI 2.0 la totalidad de los datos de los menores identificados y vacunados por la estrategia extramural de la Subred, en los aplicativos PAI versión 2.0 y para vacuna COVID 19 aplicativo PAIWEB 2.0.</p> <p>2.Cargue de la información en un máximo de 24 horas después de recibir los formatos SIS 150</p> <p>3.Apoyar el registro del formato SIS 150 de la población vacunada en las jornadas programadas por la subred cuando se requiera. Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá:</p> <p>a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano, como requisito previo para el primer pago de honorarios.</p> <p>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</p>					<p>1. Se recibe documentación de las jornadas para su respectiva digitación y revision de la calidad del dato.</p> <p>2.se realiza la digitacion en los formatos establecido y cargue de datos en el aplicativo PAIWEB.</p> <p>3.Se verifican los datos ingresados atravez de comprobador de derechos y buscadores autorizados.</p> <p>4.al realizar las validaciones correspondientes se realiza las modificaciones pertinentes.</p> <p>5. se realizan los ajustes necesarios o cambios pertinentes en el aplicativo.</p> <p>6.se entrega base de datos de los datos ingresados.</p> <p>7. se entrega base de datos en las visitas establecidas y entrega de informes mensuales.</p> <p>8. se ejecutan los procesospara el aporte general de PSPIC de acuerdo a la retencion documental definidas y la norvatividad vigente.</p> <p>9. no aplica</p> <p>10. A. Se asiste a los comites, capacitaciones programadas por el talento humano.</p> <p>b. se realiza el diligenciamiento de los documentos correspondientes y por ende el cargo de la misma en plataforma SECOP II como se especifica en el ítem No 7</p>			
OBSERVACIONES:								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)					\$ 1.845.204,00			
UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS								
 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: MOSQUERA JIMENEZ JHON SEBASTIAN 1075298230					Fecha : 30 6 2024			
					DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE			
					Firma de recibido supervisor (E): SANDRA MIREYA SANCHEZ			
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.								

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5				
											PÁGINA: 1 DE 1				
										FECHA: 16/02/2018					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MOSQUERA JIMENEZ JHON SEBASTIAN										336718			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1075298230					
CORREO		null				CELULAR				null					
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:		4820-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		658		FECHA		27/05/2024		NUMERO DE CRP: 1		33380		FECHA		11/06/2024	
OBJETO:		TECNICO III - DIGITADOR													
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						01	06	2024			30	06	2024		
TIPO SERVICIOS		Asistencial				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:								1,845,204							
VALOR EJECUTADO:								1,845,204							
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:								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									
9467560541	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,

Sebastian Mosquera

SANDRA MIREYA SANCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MOSQUERA JIMENEZ JHON SEBASTIAN
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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075298230		MOSQUERA JIMENEZ JHON SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 17 a. #9b 46	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	3136878495	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-05	2024-05	49849563	9467560541	I	2024/06/12	2024/06/18	BANCO DE OCCIDENTE	6	\$404,200

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			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
1	CC	1075298230	MOSQUERA JHON	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075298230		MOSQUERA JIMENEZ JHON SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 17 a #9b 46	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	3136878495	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	49849563	9467560541	I	2024/06/12	2024/06/18	BANCO DE OCCIDENTE	6	\$404,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$1,000	\$0	\$209,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$1,000	\$0	\$209,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$800	\$0	\$163,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$800	\$0	\$163,300	
TOTAL				1	\$402,200	\$2,000	\$0	\$404,200	