aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023884768		MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 # 27 B 131 CIUDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	855844575	9470621447	I	2024/08/16	2024/08/20	NEQUI	4	$403,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
1	CC	1023884768 MUÑOZ EDWARD		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023884768		MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 # 27 B 131 CIUDAD VERDE	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	855844575	9470621447	I	2024/08/16	2024/08/20	NEQUI	4	$403,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$700	$0	$208,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$700	$0	$208,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$500	$0	$163,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$402,200	$1,300	$0	$403,500

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTP-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:	4794-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES			1	8	2024	31	8	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL	DOCUMENTO	1023884768					
OBJETO DEL CONTRATO:	Tecnico_1							

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 2- Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 3- Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario. 4- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 5- Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 6- Aplicación de los tamizajes definidos en cada línea de trabajo de los Entornos y/o Procesos Transversales. Para el caso de toma de pruebas rapidas (VIH-SIFILIS-HEPATITIS B) se requiere contar con los cursos vigentes. 7- Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas por cada Entorno y/o Proceso Transversal. 8- Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Entorno y/o Proceso Transversal del PSPIC. 9- Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de contro y/o herramientas ofimáticas, propias de cada línea de trabajo, Entorno y/o Proceso Transversal, con las características de calidad y pertinencia técnica esperados. 10- Aportar a los proceso de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente. 11-Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, asi como la busqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación. 12-Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred Norte. 13- Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Entornos y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred. Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de induccionprogramado por la Dirección de Talento Humano, como requisito previo para el primer pago de	1. Durante el mes de Agosto se desarrollan acciones de acuerdo al perfil en el programa ampliado de inmunizaciones. 2. N/A 3. Durante las jornadas de vacunación realizadas durante el mes de Septiembre se implementan acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. 4. Se realiza entrega de los formatos como consentimientos informados de COVID 19, VPI , 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. 5. N/A 6. N/A 7. N/A 8. N/A 9. N/A 10. Se realiza entrega de los formatos establecidos par el programa de vacunación durant el mes de Agosto de acuerdo al proceso de archivo definido del PSPIC. 11. Se participan en un total de 25 jornadas, con la aplicación de: 1RAS DOSIS: 3 2DAS DOSIS: 9 3RAS DOSIS: 12 AÑO: 11 1ER REFUERZO: 8 2DO REFUERZO: 15 INFLUENZA PEDIATRICA: 27 INFLUENZA ADULTO:49 VPH: 14 COVID PEDIATRICO: 9 COVID ADULTO: 29 FIEBRE AMARILLA: 21 SARAMPION RUBEOLA: 6 TETANO: 8 12. Se participa en la reunión extramural de manera presencial del día 21/08/2024. 13. A. N/A B. Se realiza el cargue de la certificación al mes correspondiente en la plataforma SECOP I

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 2,460,374

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

Edward M.	Fecha: 31 / 8 / 2024
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:	DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL	Firma de recibido supervisor:
1023884768	INGRID PAOLA LOZANO TORRES

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Powered by CamScanner

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:	MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN		346671
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023884768
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:	4794-2024	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	658	FECHA	27/05/2024	NÚMERO DE CRP: 1	33356	FECHA	11/06/2024
NÚMERO DE CDP: 2	924	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 2	38801	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 3	1063	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 3	46313	FECHA	30/08/2024

OBJETO: TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2024		31	08	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:	7,381,122
VALOR EJECUTADO:	7,381,122
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
9470621447	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,

Edward M

LOZANO TORRES INGRID PAOLA	MUÑOZ SABOGAL EDWARD DUVAN
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.

Powered by CamScanner