| 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: | ORTIZ OSPINA ANGELICA MARIA | | 381351 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 52178660 |
| CORREO | null | CELULAR | null |
| PROCESO: | Desarrollo Institucional | | |
| SERVICIO: | Desarrollo Institucional | UNIDAD: | Fray Bartolomé De Las Casas |

| 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: | 2964-2025 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 199 | FECHA | 28/01/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 10190 | FECHA | 01/02/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 624 | FECHA | 24/04/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 22131 | FECHA | 30/04/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 624 | FECHA | 24/04/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 25320 | FECHA | 09/05/2025 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO II | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 04 | 2025 | | 30 | 04 | 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Administrativo | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 1,975,692 | 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: | 10,599,954 |
| VALOR EJECUTADO: | 7,902,768 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,494,696 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 0 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 2,697,186 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 74.55 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 85403579 | 178,000 | 227,800 | 3 | 34,700 | 0 | 440,500 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

Ajuste honorarios febrero y Marzo como Auxiliar Administrativo II

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,



| RÍOS VELANDIA LILIANA | ORTIZ OSPINA ANGELICA MARIA |
|---|---|
| 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 |
| | | VERSIÓN: 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO :OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL** | | | **UNIDAD:** | | **FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS** | | |
| **No. DE CONTRATO: 2964-2025** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA RIOS VELANDIA** | | **1** | **04** | **2025** | **30** | **04** | **2025** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA: Angélica María Ortiz OspinaOSPINA** | **DOCUMENTO: 52178660** | | | | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución**

**TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): _____**

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1.Registro de información en aplicativo CIP (Capacidad Instalada y Producción) de las 26 sedes de la Subred, de los servicios de: Agenda Odontología. - Consulta Externa. - Odontología Actividades. - Odontología Sesiones. - Odontología Tratamientos. - Agenda y producción terapias consulta externa. - Horas laboradas en producción consulta externa (odontología, consulta externa, nutrición, terapias, UBA móvil y territorios) | Se realiza registro de información capacidad instalada y producción Agendas de Odontología, consulta externa, actividades odontología, sesiones odontología, tratamientos odontología, terapias consulta externa, horas laboradas en producción de consulta externa odontología, consulta externa, nutrición, terapias, UBA móvil y territorios de las sedes de la subred (CAPS CALLE 80,USS ESPAÑOLA,USS GARCES NAVAS,USS BOYACA REAL,USS QUIRIGUA,USS BACHUE,USS ALAMOS,USS BELLAVISTA ,CAPS EMAUS ,CAPS CHAPINERO,USS SIMONBOLIVAR,USS SAN LUIS,CAPS FRAY BARTOLOME,USS CENTRO ESPECIALIZADO SUBA,USS PRADO VERANIEGO,CAPS SUBA,USS RINCON,CAPS GAITANA,USS USAQUEN,USS ORQUIDEAS,USS CODITO,CAPS SAN CRISTOBAL,USS SANTA CECILIA,USS BUENAVISTA,CAPS VERBENAL.)<br>Se realiza registro de información capacidad instalada y producción Agendas de Odontología, consulta externa, actividades odontología, sesiones odontología, tratamientos odontología, terapias consulta externa, horas laboradas en producción de consulta externa odontología, consulta externa, nutrición, terapias, UBA móvil y territorios de las sedes de la subred (CAPS CALLE 80,USS ESPAÑOLA,USS GARCES NAVAS,USS BOYACA REAL,USS QUIRIGUA,USS BACHUE,USS ALAMOS,USS BELLAVISTA ,CAPS EMAUS ,CAPS CHAPINERO,USS SIMONBOLIVAR,USS SAN LUIS,CAPS FRAY BARTOLOME,USS CENTRO ESPECIALIZADO SUBA,USS PRADO VERANIEGO,CAPS SUBA,USS RINCON,CAPS GAITANA,USS USAQUEN,USS ORQUIDEAS,USS CODITO,CAPS SAN CRISTOBAL,USS SANTA CECILIA,USS BUENAVISTA,CAPS VERBENAL.) |
| 2. Informe de capital salud semanal, Indicadores de oportunidad y otros indicadores mensuales. | Se realiza reporte semanal oportunidad, capacidad instalada y Producción Capital Salud se envía para validación semana 12,13,14 |
| 3.Diligenciamiento de las matrices de 25 EAPB de las resoluciones 1552 y 256 que deben ser entregados de acuerdo a los cronogramas de cada uno de ellos (entra al 5 y al 10 de cada mes). | No se Programo |
| 4.. Dar respuesta a los requerimientos para el soporte de evidencia del envío de la información mensual. | Se socializa correo gestiondelainformacion03@subrednorte.gov.co para dar respuesta a los requerimientos |
| 5.. Envió de correo a los líderes de consulta extrema solicitando el reporte semanal. | 5-1 Se realizó envío de correo a los líderes de consulta externa solicitando reporte de información correspondiente |
| 6.Desarrollar las demás actividades que sean designadas por la Oficina de Desarrollo Institucional inherentes al contrato | 6-1 Verificación Inconsistencias Base NUEVA EPS<br>6-2 6-2.CONSOLIDADO MARZO 2025-REPORTE CAPACIDAD INSTALADA SEMANAL-CAPITAL SALUD<br>6-3 6-3.ACTA -016-Fortalecimiento Cambio de Estado de Citas Unidad Hospital Centro de Servicios |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1.494.696) UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS**

Angélica María Ortiz Ospina CC 52178660
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:

Fecha: 30/04/2025
recibido supervisor:

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 | 52178660 | ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA | CRA 20 A 172 30 INT 9 APTO 310 | 4725414 | ANGORTI@YAHOO.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 09/04/2025 | 85403579 | $440.500 | |

## 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 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 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 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 440.500 | 440.500 |

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 | 52178660 | ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA | | CRA 20 A 172 30 INT 9 APTO 310 | 4725414 | ANGORTI@YAHOO.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 09/04/2025 | 85403579 | $440.500 | |

## 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 | Exonerado | 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 | 52178660 | ORTIZ OSPINA ANGELICA MARIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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