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		401651
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
NÚMERO DE CDP: 4	878	FECHA	26/06/2025	NÚMERO DE CRP: 4	32896	FECHA	30/06/2025
NÚMERO DE CDP: 5	1144	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 5	38694	FECHA	31/08/2025

OBJETO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO II

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2025		19	08	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:	13,829,844
VALOR EJECUTADO:	13,105,424
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,251,272
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	724,420
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	94.76 %

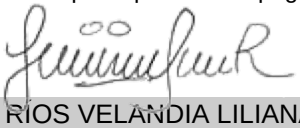
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
88618460	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	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,



RIOS 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**	**08**	**2025**	**19**	**08**	**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.) 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 29,30,31,32
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 6-2.BASE PROGRAMACION DE CIRUGIAS_3072025-OK-CAPITAL SALUD 6-3-07.FORMATO MANO DE OBRA DIRECCION AMBULATORIOS AÑO 2025)6-4.Constancia_referenciacin_comparativa_-junio (1)ALMERA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($1.251.272) UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS)

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

Fecha : 31/08/2025
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	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88618460	$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	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88618460	$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	Estudiante	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