

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GALEANO HERRERA LAURA MARGARITA								354227		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1019136606									
CORREO	lgaleanoh17@gmail.com	CELULAR	3506883787									
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	1				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		038678306										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4728-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	658	FECHA	27/05/2024	NÚMERO DE CRP: 1	33294	FECHA	11/06/2024				
NÚMERO DE CDP: 2	924	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 2	40337	FECHA	30/07/2024				
NÚMERO DE CDP: 3	1063	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 3	46249	FECHA	30/08/2024				
NÚMERO DE CDP: 4	1208	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 4	50923	FECHA	30/09/2024				
NÚMERO DE CDP: 5	1342	FECHA	15/10/2024	NÚMERO DE CRP: 5	52215	FECHA	15/10/2024				

OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO I - ENFERMERO

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2024		15	10	2024

TIPO SERVICIOS Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES 4,613,087 VALOR LETRAS

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:	20,758,892
VALOR EJECUTADO:	20,758,892
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,306,544
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	92
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
80908700	230,800	295,400	3	45,000	37,000	608,200
	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,



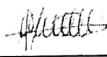
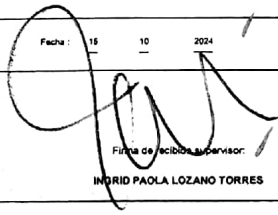
LOZANO TORRES INGRID PAOLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GALEANO HERRERA LAURA MARGARITA

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.

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.		VERSIÓN: 3		
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1		
		FECHA: 19/05/2022		
ÁREA Y/O SERVICIO:	GPAISP-PAI	UNIDAD:	Salud Pública-Pic	
Nº. DE CONTRATO:	4728-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES			1	10
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LAURA MARGARITA GALEANO HERRERA		DOCUMENTO:	2024	15
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional Universitario_1		10	2024
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%				
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS			
<p>1. Realizar las acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 y otras que se incluyan en la modalidad Intramural con el fin de lograr coberturas de vacunación de las IPS asignadas</p> <p>2. Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural, en todos los componentes del PAI</p> <p>3. Realizar actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad</p> <p>4. Validar el cumplimiento de calidad del dato en el registro de dosis aplicadas en tiempo real, en los aplicativos PAI versión 2.0 de SDS,</p> <p>5. Realizar las acciones de planeación, organización y coordinación de la estrategia extramural con el fin de lograr coberturas de vacunación.</p> <p>6. Realizar asistencia técnica del equipo de vacunación extramural por localidad en el cual se socialicen aspectos técnicos y/o lineamientos del programa de cada uno de los componentes y realizar el seguimiento a las tácticas: casa a casa, concentración, bloqueos, gestión del riesgo, domiciliaria con análisis de las coberturas alcanzadas para definir nuevas estrategias</p> <p>7. Verificar, revisar y hacer seguimiento de los productos biológicos entregados y validar que la información cuente con criterios de calidad del registro y sea coincidente con el informe de dosis aplicadas.</p> <p>8. Participar en las unidades de análisis de los EAPV la estrategia extramural e implementación de las acciones de mejora que correspondan.</p> <p>9. Seguimiento, acompañamiento, fortalecimiento y Seguimiento, acompañamiento, fortalecimiento y supervisión en terreno al 100% del talento humano de las tácticas de vacunación en la modalidad extramural en temas de los componentes del PAI</p> <p>10. Depurar las bases de datos de las cohortes de menores pendientes por vacunar, entregada por la SDS, verificando la completitud de la información</p> <p>11. Seguimiento semanal a las dosis ingresadas a los aplicativos PAI</p> <p>12. Realizar programación diaria de las rutas para optimizar los recorridos Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano, como requisito previo para el primer pago de honorarios. 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. Realización de cronograma del mes de octubre para envío a líder de localidad y su posterior aprobación, teniendo en cuenta que este puede ser modificado según las necesidades y prioridades del programa.</p> <p>2. Asistencias técnicas del Programa ampliado de inmunizaciones y capacitaciones del talento humano vacunador de la localidad de suba: - 09/10/2024: Asistencia Técnica en CENDIATRA NORTE CL 100 y VIDALMEDICAL CL 100. - 11/10/2024: Asistencia Técnica en Ips Salud Ocupacional del Norte y SUPLIMED S.A.S. 11/10/2024: Capacitación entorno Hogar PIC 3. Truno extramural: 12/10/2024, 4. Recepción de informes de la localidad de suba: 01/10/2024 al 08/10/2024 5. Truno extramural: 12/10/2024 8. n/a. 7. Recepción de informes de la localidad de suba: 01/10/2024 al 08/10/2024.. 8. n/a. 9. Turno extramural: 12/10/2024 10. Envío de base de cohortes 30/08/2024. 11. Asistencias técnicas. 12. a. Cargue de Documento en SECOP II . B. Cargue de contrato seccoop ii."</p>			
OBSERVACIONES:				
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)		\$ 2.306.544,00		
DOS MILLONES TRES CIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO				
 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: LAURA MARGARITA GALEANO HERRERA 1019136606		Fecha: 15 / 10 / 2024  Firma de recibos supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES		
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019136606	LAURA MARGARITA GALEANO HERRERA		cl 152A 133 27	0000000	lgaleanoh17@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
SI						

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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80908700	\$611.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.800	0		0		0	7	1.200	0	232.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	295.400	0	0	0	0	7	1.500	0	296.900	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	45.000				45.000	7	300	45.300			450	45.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	7	200	37.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	230.800	232.000
Pensión	1	295.400	296.900
Riesgos Laborales	1	45.000	45.300
CCF	1	37.000	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.200	611.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019136606	LAURA MARGARITA GALEANO HERRERA		cl 152A 133 27	0000000	lgaleanoh17@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	1	09/10/2024	80908700	\$611.400		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1019136606	GALEANO HERRERA LAURA MARGARITA	59	0			N																	231001	1.846.000	295.400	0	0	0	0	EPS005	1.846.000	230.800	14-11	1.846.000	3	45.000	CCF24	1.846.000	37.000	0	0	0	0	0

PAGADA