| 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: | PARGA CASTELLANOS MAGDYAR ANGELICA | | 366495 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1012428120 |
| CORREO | magyar_angelica@hotmail. | CELULAR | 3144598942 |
| PROCESO: | EBEH | | |
| SERVICIO: | EBEH | UNIDAD: | Engativa |

| 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: | 9459-2024 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1673 | FECHA | 10/12/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 64733 | FECHA | 11/12/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 104 | FECHA | 10/01/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 4339 | FECHA | 15/01/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 252 | FECHA | 31/01/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 6121 | FECHA | 31/01/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 531 | FECHA | 28/03/2025 | NÚMERO DE CRP: 4 | 18726 | FECHA | 31/03/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 561 | FECHA | 07/04/2025 | NÚMERO DE CRP: 5 | 20346 | FECHA | 09/04/2025 |

OBJETO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV - PROFESIONAL DE APOYO

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 01 | 2025 | | 31 | 01 | 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 5,228,106 | 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: | 32,937,068 |
| VALOR EJECUTADO: | 29,805,887 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 5,228,106 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 184 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 3,131,181 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 90.49 % |

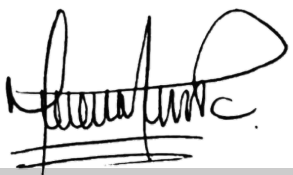
## El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9479770669 | 261,500 | 334,600 | 3 | 51,000 | 41,900 | 689,000 |
| | 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 | PARGA CASTELLANOS MAGDYAR ANGELICA |
|---|---|
| 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-50-03 | | | |
| | 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: | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | | | | UNIDAD: | Equipos Basicos Extramurales Hogar | | | |
| No. DE CONTRATO: | 9459-2024 | PERIODO CERTIFICADO | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | INGRID PAOLA LOZANO TORRES | | 1 | 1 | 2025 | 31 | 1 | 2025 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAGDYAR ANGELICA PARGA CASTELLANOS | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV - PROFESIONAL DE APOYO DE LA GESTIÓN | DOCUMENTO: | 1012428120 | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100 % | 1 | | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1- Brindar orientación técnica y participar en la formulación, implementación, ajuste o evaluación del plan de acción de los EBEH. | Participación en actividades de los procesos transversales de acuerdo a la necesidad de la Subred. Entrega de indicadores propios del entorno como transversales, que sirvan de insumo para identificar riesgos, comportamientos poblacionales de las localidades de la Subred Norte |
| 2- Desarrollar procesos de asistencia técnica con el equipo operativo a cargo. | Participación en actividades de los procesos transversales de acuerdo a la necesidad de la Subred |
| 3 - Realizar acompañamiento en campo a los diferentes productos de EBEH, como elemento de asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades del Talento Humano. | Seguimiento del talento humano a cargo, con el fin de fortalecer la implementación de acciones de educativas de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el EBEH |
| 4. Realizar las articulaciones que se requieran al interior de la Subred, locales y Distritales, que garanticen el adecuado cumplimiento de los productos que se ejecuten en el marco del convenio. | No se ejecutaron acciones para este período |
| 5 - Participar de los diferentes espacios de trabajo a nivel, institucional, local y distrital (mesas técnicas, unidades de análisis de los casos, salas situacionales, etc.), de acuerdo a la organización de EBEH. | Participación activa en las mesas de análisis, salas de crisis y demas reuniones convocadas para el entorno por parte de la Subred y SDS. |
| 6. Realizar seguimiento a nivel local de las acciones implementadas de manera individual y colectiva a fin de favorecer la implementación y cumplimiento del plan de acción de EBEH. | Se realiza la pre crítica de calidad a todas las auxiliares de las acciones realizadas, a través de el aplicativo G-TAPS, con el fin de generar las bases de datos correspondientes. Verificación de listados de firmas que correspondientes a las caracterizaciones realizadas en cada uno de los territorios adscritos. |
| 7. Realizar precrítica a las acciones adelantadas por los equipos operativos, de acuerdo a la pertinencia técnica y el abordaje de cada uno de los eventos/prioridades de cada perfil. | Se realiza la pre crítica de calidad a todas las auxiliares de las acciones realizadas, a través de el aplicativo G-TAPS, con el fin de generar las bases de datos correspondientes. Verificación de listados de firmas que correspondientes a las caracterizaciones realizadas en cada uno de los territorios adscritos. |
| 8. Realizar la revisión de soportes en el marco de procesos de pre auditoria, seguimiento y monitoreo a la implementación de las acciones de los EBEH. | Se realiza la pre crítica de calidad a todas las auxiliares de las acciones realizadas, a través de el aplicativo G-TAPS, con el fin de generar las bases de datos correspondientes. Verificación de listados de firmas que correspondientes a las caracterizaciones realizadas en cada uno de los territorios adscritos. Seguimiento del talento humano a cargo con el fin de fortalecer la implementación de acciones de educativas de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el Entorno Hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud. |
| 9.Garantizar la oportunidad, veracidad, confiabilidad y validez de la información captada y reportada en informes, tableros y herramientas definidas por secretaria distrital de salud cumpliendo con atributos de calidad. | Se realiza la pre crítica de calidad a todas las auxiliares de las acciones realizadas, a través de el aplicativo G-TAPS, con el fin de generar las bases de datos correspondientes. Verificación de listados de firmas que correspondientes a las caracterizaciones realizadas en cada uno de los territorios adscritos. Seguimiento del talento humano a cargo con el fin de fortalecer la implementación de acciones de educativas de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el EBEH. |
| 10. Dar respuesta a los requerimientos técnicos y administrativos de la Coordinación de EBEH y la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud. | Seguimiento del talento humano a cargo con el fin de fortalecer la implementación de acciones de educativas de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el EBEH. |
| 11. Aportar al proceso de archivo general del convenio, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente. | Participación activa en las mesas de análisis, salas de crisis y demas reuniones convocadas para el entorno por parte de la Subred y SDS. |
| 12.Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E. | Se realiza informe de indicadores, plan de acción, segplan, informe de vigencia. |

OBSERVACIONES:

| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) | $ 5.228.106 | CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTI OCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE |
|---|---|---|

MAGDYAR ANGELICA PARGA CASTELLANOS

CC. 1012428120

31 1 2025

Firma de recibido supervisor :

INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Directora de Gestión del Riesgo en Salud

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

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 1012428120 | | PARGA CASTELLANOS MAGDYAR ANGELICA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 68 a sur 80k 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7823174 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1164434381 | 9479770669 | I | 2025/01/08 | 2025/01/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $689,000 |

**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 | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1012428120 | PARGA MAGDYAR | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS008 | 30 | CCF24 | 30 | 14-11 | 30 | 2.436% | 30 | No |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012428120 | | PARGA CASTELLANOS MAGDYAR ANGELICA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 68 a sur 80k 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7823174 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1164434381 | 9479770669 | I | 2025/01/08 | 2025/01/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $689,000 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $334,600 | $0 | $0 | $334,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $334,600 | $0 | $0 | $334,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $51,000 | $0 | $0 | $51,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $51,000 | $0 | $0 | $51,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $41,900 | $0 | $0 | $41,900 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $41,900 | $0 | $0 | $41,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $261,500 | $0 | $0 | $261,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $261,500 | $0 | $0 | $261,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$689,000** | **$0** | **$0** | **$689,000** |