

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RUZ MARY OSORIO ROJAS			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1032396980
CELULAR: 3224318285	CORREO ELECTRÓNICO: ruzmarybb@gmail.com	SEDE: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS	CENTRO DE COSTOS: FERK26 - PIC GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA - GPAIS USS FERIAS
PROCESO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 24077185464	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 7908-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1	
CDP 1	1267	FECHA	16/09/2025
CDP 2	1694	FECHA	25/11/2025
CDP 3	1808	FECHA	19/12/2025
CDP 4	48	FECHA	08/01/2026
CDP 5	297	FECHA	20/02/2026
CDP 6	706	FECHA	20/05/2026
CRP 1	48178	FECHA	01/10/2025
CRP 2	56072	FECHA	30/11/2025
CRP 3	62999	FECHA	19/12/2025
CRP 4	1286	FECHA	19/01/2026
CRP 5	14162	FECHA	28/02/2026
CRP 6	20999	FECHA	22/05/2026

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA** 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

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.980.800	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL		VALOR HORA / DÍA: \$ 16.200			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 26.827.200
VALOR EJECUTADO	\$ 20.865.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.980.800
TOTAL HORAS CONTRATADAS	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	184
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.961.600
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77.8 %

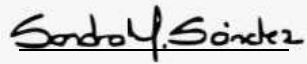
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	78464020

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR SANDRA MIREYA SÁNCHEZ CC: 52497033	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA RUZ MARY OSORIO ROJAS CC: 1032396980
---	--

	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: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD						UNIDAD: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS						
No. DE CONTRATO: 7908-2025						PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MIREYA SÁNCHEZ							01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: RUZ MARY OSORIO ROJAS						DOCUMENTO: 1032396980						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 (%): 77.8 %												
OBLIGACIONES ESPECIFICAS						ACTIVIDADES REALIZADAS						
1- Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad.						1. Se garantizó el registro en los formatos establecidos, incluida la verificación del antecedente vacunal en la modalidad extramural						
2- Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte.						2. Se realizo gestion de verificacion de datos datos del menor y/o adulto a vacunar, verificacion de antecedente vacunal y respectivo seguimiento en aplicativo PAI distrital						
3- Registrar en físico o digital, según asignación los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío de la modalidad extramural.						3. Se realiza control de temperatura de las neveras de la modalidad extramural de acuerdo con la asignación realizada por el profesional extramural.						
4- Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.						4. Se realiza diligenciamiento diario de los kárdex de acuerdo con lo despachado por el profesional extramural, de acuerdo con la micro planeación diaria. Se realiza diligenciamiento de las hojas de registro PAI, Encuesta de Fiebre Amarilla, SIS 150 Adulto y Niño						
5- Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de zonas intervenidas y semaforización decobertura de la táctica casa a casa.						5. De acuerdo con la asignación, se realizan los recorridos programados para la búsqueda de la población objeto, se realiza diligenciamiento de formatos asignados a la tactica.						
6- Realizar sensibilización a la comunidad educativa, programar y ejecutar jornadas de vacunación en los establecimientos educativos.						6. Se realizan charlas de formacion y acitivdades hacia la poblacion objeto en los espacios designados. Se realiza sensibilizacion el la importancia del esquema de vacunacion en las instituciones educativas						
7- El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables."						7. Se hace captacion de la poblacion objeto de Canalizacion de las Rutas de Atencion Integral acorde a las necesidades requeridas						
8- Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP-PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de losservicios de la Subred."						8. Se tiene disponibilidad para realizar el desarrollo de actividades de acuerdo con los lineamientos establecidos en el convenio PS-PIC						
9- Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas. de acuerdo a las tablas deretención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad.						9. Se realiza diligenciamiento de los documentos entregados por el profesional extramural para las acciones diarias programadas, así como los requeridos para la aplicacion de los biológicos, insumos y dispositivos médicos del PAI.						
10-El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias,emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.						10. Se mantiene la disponibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas por el convenio PS- PIC, así como los cronogramas realizados y reportados a la SRN y la SDS						
11.Garantizar el cumplimiento de coberturas de vacunación y las metas establecidas en el Programa PAI.						11. Se garantiza y se da cumplimiento a las metas establecidas según tiempo, lugar y espacio según indicaciones del Programa y la SDS						
12.Cumplir con las metas de vacunación asignadas en el marco del desarrollo de las actividades programadas diariamente.						12. Se cumple las metas establecidas programadas diariamente según itinerario del Programa PAI						

OBSERVACIONES:	
184 HORAS CERTIFICADAS	
TOTAL A PAGAR: \$ 2.980.800 — DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE	
Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA RUZ MARY OSORIO ROJAS CC: 1032396980	Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR SANDRA MIREYA SÁNCHEZ CC: 52497033
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032396980	RUZ MARY OSORIO ROJAS	Diag. 16B # 104-23 INT 8 APT 201Barrio	2676839	ruzmarynena19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I—Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78464020	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1.750.905	\$552.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	1

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	552.400

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032396980	RUZ MARY OSORIO ROJAS		Diag. 16B # 104-23 INT 8 APT 201Barrio	2676839	ruzmarynena19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I—Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78464020	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1.750.905	\$552.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACION COTIZANTE										INFORMACION NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Columna	Salud	Exonerado	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Columna	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1032396980	OSORIO ROJAS RUZ MARY		59	0		N													230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	GGF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0