

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05								
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5								
											PÁGINA: 1 DE 1								
FECHA: 16/02/2018																			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		RAMIREZ ESPINOSA OSCAR FERNANDO										352585							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		79688822											
CORREO		oskr75@gmail.com				CELULAR		3115140867											
PROCESO:		GESTION DEL RIESGO - PIL																	
SERVICIO:		GESTION DEL RIESGO - PIL				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		28				TIPO CUENTA		SIN CUENTA											
NUMERO CUENTA BANCARIA		0																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5752-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		681		FECHA		29/05/2024		NÚMERO DE CRP: 1		33607		FECHA		11/06/2024					
NÚMERO DE CDP: 2		924		FECHA		23/07/2024		NÚMERO DE CRP: 2		40404		FECHA		30/07/2024					
NÚMERO DE CDP: 3		1063		FECHA		26/08/2024		NÚMERO DE CRP: 3		47206		FECHA		30/08/2024					
NÚMERO DE CDP: 4		1208		FECHA		18/09/2024		NÚMERO DE CRP: 4		51862		FECHA		30/09/2024					
NÚMERO DE CDP: 5		1342		FECHA		15/10/2024		NÚMERO DE CRP: 5		53145		FECHA		15/10/2024					
OBJETO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO II - DISEÑADOR GRAFICO																	
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		3,998,070										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:						17,991,315													
VALOR EJECUTADO:						17,991,315													
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:						1,999,035													
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													
80170438	200,500	256,600	3	39,100	0	496,200													
	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.																			

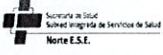
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

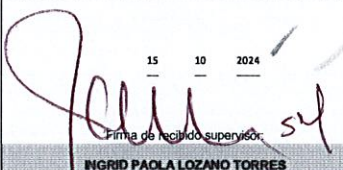
RAMIREZ ESPINOSA OSCAR FERNANDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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. 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:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	5752-2024	PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		INGRID PAOLA LOZANO TORRES		1	10	2024	15	10	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		RAMIREZ ESPINOSA OSCAR HERNANDO							
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 - DISEÑADOR GRÁFICO		DOCUMENTO:		7968822			
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):		100 %							

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Apoyar la elaboración de plan estratégico de IEC según perfil y experiencia.	Se participan en los espacios de construcción citados por SDS para formulación de documento Macro de Educación en Salud Pública
2. Realizar el diagnóstico de necesidades de los entornos y procesos con respecto a las acciones de IEC y con ello proyectar el Plan Estratégico.	No aplica para este mes
3. Organizar los insumos en el repositorio para la elaboración del reporte mensual del Plan estratégico de Información, Educación y Comunicación.	Se realiza cargue en repositorio de 5 piezas comunicativas diagramadas para el mes de octubre. Se realiza cargue de 3 actas de asistencia técnica en territorio. Ajuste, seguimiento y diligenciamiento de matriz de solicitudes de piezas comunicativas y material audiovisual.
4. Realización y adaptación de contenido gráfico.	Para el mes de junio se realizó la diagramación de 5 piezas gráficas: Análisis y Políticas_SAN: 1 piezas comunicativas: Día Mundial de la Alimentación VSA: 3 piezas gráficas, Jornada Distrital de Vacunación canina y felina. Rutas integrales de atención en salud: 1 pieza gráfica: Programa radial Día Mundial del Corazón.
5. Realizar acompañamiento en territorio.	No aplica para este mes
6. Construir inventario de las herramientas físicas que tiene cada subred para conocer su disponibilidad, además del estado en el que se encuentran.	Aportes en el diligenciamiento de inventario de herramientas en repositorio nivel central.
7. Organizar junto con el comunicador social los contenidos para las piezas comunicativas solicitadas.	Revisión conjunta de matriz de solicitudes de piezas comunicativas para ajuste en contenidos, línea gráfica en la diagramación de piezas comunicativas, el día 15-10-2024. Participación conjunta en reuniones de articulación con entornos y procesos transversales para la generación de piezas comunicativas conjuntas.
8. Apoyar técnicamente las actividades educativas y comunicativas.	Se realiza apoyo en la revisión y diagramación de herramientas pedagógicas construidas.
9. Participar en las Asistencias Técnicas y reuniones citadas por SDS y la subred.	Se participa en 1 Asistencias Técnicas en SDS y 2 Reuniones SDS Subred Norte : 2/10/2024 Reunión PIC 7/10/2024 Socialización Estrategia Ecodart ESP Subred Norte- SDS 10/10/2024 Asistencia socialización de lineamientos SDS.
10. Realizar reuniones y asistencias técnicas relacionadas con IEC según solicitud de los entornos y procesos transversales.	Se participa en 3 Asistencias Técnicas: 11/10/2024 Equipo del convenio promotores del bienestar. Secretaría de Educación.
11. Realizar la articulación con la OAC para ajustes de contenido gráfico si es necesario.	Articulación OAC para publicación de material de información en redes sociales
12. Apoyar la realización (grabación y edición) de contenido audiovisual solicitado por los equipos de las subredes, cuando sea necesario.	No aplica para este mes
13. Brindar insumos para la elaboración del reporte bimestral del informe de seguimiento del Plan estratégico de Información, Educación y Comunicación.	Envío de aportes para la construcción de informe mensual desde el componente de diseño gráfico, con avances, logros y oportunidades de mejora desde cada una de las estrategias definidas en Plan de Información Educación y Comunicación para la salud.
14. Apoyar la elaboración del informe final de evaluación del Plan estratégico de Información, Educación según perfil y experiencia.	No aplica, actividad para final de vigencia

OBSERVACIONES:		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MCTE (\$)		\$ 1.999.035
		UN MILLO NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RAMIREZ ESPINOSA OSCAR HERNANDO CC. 79.688.822		 15 10 2024 Firma de recibido 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	79688822	OSCAR HERNANDO RAMIREZ ESPINOSA		Calle 33 # 2 - 15	3115140867	oskr75@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80170438	\$496.200

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	200.000	0		0		0	3	500	0	200.500	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	256.000	0	0	0	0	3	600	0	256.600	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	39.000				39.000	3	100	39.100			390	39.100	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	200.000	200.500
Pensión	1	256.000	256.600
Riesgos Laborales	1	39.000	39.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	496.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79688822	OSCAR HERNANDO RAMIREZ ESPINOSA		Calle 33 # 2 - 15	3115140867	oskr75@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80170438	10
					TOTAL A PAGAR
					\$496.200

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAC	APP	VCT	RL	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	79688822	RAMIREZ ESPINOSA OSCAR HERNANDO	59	0		N																		25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA