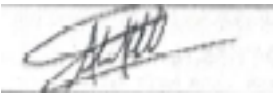


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								CÓDIGO: AP-CT-F-16-05										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E								VERSIÓN: 5										
									PÁGINA: 1 DE 1										
								FECHA: 16/02/2018											
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SANCHEZ ENCISO ALIXON NATALIA								354709									
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1033785543											
CORREO		alixonenciso@gmail.com				CELULAR		3057450020											
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		4				TIPO CUENTA				AHORROS									
NUMERO CUENTA BANCARIA		23300000808																	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4729-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		658		FECHA		27/05/2024		NÚMERO DE CRP: 1		33295		FECHA		11/06/2024					
NÚMERO DE CDP: 2		924		FECHA		23/07/2024		NÚMERO DE CRP: 2		40345		FECHA		30/07/2024					
NÚMERO DE CDP: 3		1063		FECHA		26/08/2024		NÚMERO DE CRP: 3		46250		FECHA		30/08/2024					
NÚMERO DE CDP: 4		1208		FECHA		18/09/2024		NÚMERO DE CRP: 4		50924		FECHA		30/09/2024					
NÚMERO DE CDP: 5		1342		FECHA		15/10/2024		NÚMERO DE CRP: 5		52216		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 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:								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													
80942052	230,700	295,300	3	45,000	0	571,000													
	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.																			

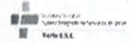
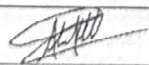
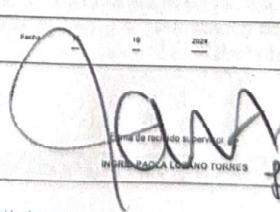
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANCHEZ ENCISO ALIXON NATALIA
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-GT-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:	GPAISP-PAI	UNIDAD:	Salud Pública-Pic		
Nº. DE CONTRATO:	CP 4729-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR (E): INGRID PAOLA LOZANO TORRES			1	10	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Alixon Natalia Sanchez Enciso	DOCUMENTO:	1033785543		
OBJETO DEL CONTRATO:		UNIVERSITARIO I			
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%					
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			ACTIVIDADES REALIZADAS		
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 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 3. Realizar actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad 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, 5. Realizar las acciones de planeación, organización y coordinación de la estrategia extramural con el fin de lograr coberturas de vacunación. 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 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, 8. Participar en las unidades de análisis de los EAPV la estrategia extramural e implementación de las acciones de mejora que correspondan. 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 10. Depurar las bases de datos de las cohortes de menores pendientes por vacunar, entregada por la SDS, verificando la completitud de la información 11. Seguimiento semanal a las dosis ingresadas a los aplicativos PAI 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.			1. Envío de plan de acción proyectado a la líder de la localidad el 01/10/2024 2. Se realiza asistencia técnica de las siguientes IPS: AUNARSALUD SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SAS - SIGLA AUNARSALUD 9/10/2024, POLICIA NACIONAL ESPAM CHAPINERO 9/10/2024, SERVICIO DE VACUNACIÓN CENTRO COMERCIAL ANDINO 15/10/2024, Centro de Especialistas Medicos AXA Colpatría Chico 15/10/2024. 3. Se realizan las siguientes actividades administrativas y de campo de apoyo a la gestión PAI: Reunión equipo PAI el día 10/10/2024. Recepción de informes del mes de de septiembre de la localidad de Chapinero del 01 al 08 de Octubre de 2024. 4. Se verifica en las asistencias técnicas realizadas en el mes: AUNARSALUD SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SAS - SIGLA AUNARSALUD 9/10/2024, POLICIA NACIONAL ESPAM CHAPINERO 9/10/2024, SERVICIO DE VACUNACIÓN CENTRO COMERCIAL ANDINO 15/10/2024, Centro de Especialistas Medicos AXA Colpatría Chico 15/10/2024. 5. Estas actividades de realizaron en el marco de las actividades de apoyo a la gestión el PAI con el turno Extramural: Reunión equipo PAI el día 10/10/2024. Recepción de informes del mes de de septiembre de la localidad de Chapinero del 01 al 08 de Octubre de 2024. 6. No se realizó durante este mes. 7. Esta actividad con los arcos que se realizan en las IPS durante el mes: AUNARSALUD SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SAS - SIGLA AUNARSALUD 9/10/2024, POLICIA NACIONAL ESPAM CHAPINERO 9/10/2024, Centro de Especialistas Medicos AXA Colpatría Chico 15/10/2024. 8. No se realizó durante este mes. 9. Reunión equipo PAI el día 10/10/2024. Recepción de informes del mes de de septiembre de la localidad de Chapinero del 01 al 08 de Octubre de 2024. 10. No se realizó durante este mes. 11. Esta actividad con los arcos que se realizan en las IPS durante el mes: AUNARSALUD SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SAS - SIGLA AUNARSALUD 9/10/2024, POLICIA NACIONAL ESPAM CHAPINERO 9/10/2024, Centro de Especialistas Medicos AXA Colpatría Chico 15/10/2024. 12. b. Cargue de documentos en el SECOP II del mes correspondiente.		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MCTE (\$)		\$ 2.300.544			
Dos millones trescientos seis mil quinientos cuarenta y cuatro pesos.					
					
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA		FIRMA DE RECEPCIÓN SUPERVISOR (E)			
Alixon Natalia Sanchez Enciso		INGRID PAOLA LOZANO TORRES			
C.C. 1033785543					
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	1033785543	ALIXON NATALIA SANCHEZ ENCISO		Carrera 80 A # 67 - 92	3057450920	alixonenciso@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						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80942052	TOTAL A PAGAR
					\$571.000

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	0	0	45.000			450	45.000	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033785543	ALIXON NATALIA SANCHEZ ENCISO		Carrera 80 A # 67 - 92	3057450920	alixonenciso@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
						NO

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	80942052	\$571.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIN	ISE	USA	USA	APP	APP	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	1033785543	SANCHEZ ENCISO ALIXON NATALIA	57	0		N																		230301	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS005	1.845.226	230.700	14-11	1.845.226	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA