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:	MOSQUERA DEDIEGO LUZ MARINA		354510
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	39415707
CORREO	luzmacd27@gmial.com	CELULAR	3133786221
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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	4870238815		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4739-2024	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	658	FECHA	27/05/2024	NÚMERO DE CRP: 1	33304	FECHA	11/06/2024
NÚMERO DE CDP: 2	924	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 2	40387	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 3	1063	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 3	46258	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CDP: 4	1208	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 4	50932	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CDP: 5	1342	FECHA	15/10/2024	NÚMERO DE CRP: 5	52224	FECHA	15/10/2024

OBJETO:	TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA								
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	2,460,374	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:	11,071,683
VALOR EJECUTADO:	11,071,683
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,230,187
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
4568914698	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	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	MOSQUERA DEDIEGO LUZ MARINA
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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	GPAISP-PAI		UNIDAD:		Salud Publica-Plc			
No. DE CONTRATO:	4739-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES			1	10	2024	15	10	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MARINA MOSQUERA DE DIEGO	DOCUMENTO:	39415707					
OBJETO DEL CONTRATO:	Tecnico_1							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 2- Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 3- Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario. 4- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 5- Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 6- Aplicación de los tamizajes definidos en cada línea de trabajo de los Entornos y/o Procesos Transversales. Para el caso de toma de pruebas rapidas (VIH-SIFILIS-HEPATITIS B) se requiere contar con los cursos vigentes. 7- Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas por cada Entorno y/o Proceso Transversal. 8- Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Entorno y/o Proceso Transversal del PSPIC. 9- Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias de cada línea de trabajo, Entorno y/o Proceso Transversal, con las características de calidad y pertinencia técnica esperados. 10- Aportar a los proceso de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente. 11-Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, asi como la busqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación. 12-Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred Norte. 13- Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Entornos y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred. Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de inducciónprogramado 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. Durante el mes de octubre se desarrollan acciones de acuerdo al perfil en el programa ampliado de inmunizaciones. 2. N/A 3. Durante las jornadas de vacunación realizadas durante el mes de octubre se implementan acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. 4. Se realiza entrega de los formatos como consentimientos informados de COVID 19, VPH, SIS niño y adulto, kardex, formato jardines y colegios, formato casa a casa y carnets de adulto y niños con calidad al terminar cada jornada. 5. N/A 6. N/A 7. N/A 8. N/A 9. N/A 10. Se realiza entrega de los formatos establecidos par el programa de vacunación durante el mes de octubre de acuerdo al proceso de archivo definido del PSPIC. 11. Se participan en un total de 14 jornadas, con la aplicación de 85 biologicos 12. No aplica para el periodo descrito 13. A. N/A B. Se realiza el cargue de la certificación al mes correspondiente en la plataforma SECOP II.

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 1.230.187.00
UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PESOS	

Luz Marina Mosquera,

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC:

MOSQUERA DE DIEGO LUZ MARINA

39415707

Fecha: 10 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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39415707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ MARINA MOSQUERA DEDIEGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 66 SUR NO 87 L 10	TELÉFONO:	4645955
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4568914698**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990304197

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 208.000	$ 1.100	$ 209.100
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 1.100**	**$ 209.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 900	$ 0	$ 162.500	$ 900	$ 0	$ 163.400
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 163.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 200	$ 0	$ 31.900
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 31.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 39415707	MOSQUERA DEDIEGO LUZ MARINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 39415707	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 404.400**