

	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:		MARTINEZ GUZMAN DIANA PAOLA						398019
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		1012390840		
CORREO		diana04021@gmail.com		CELULAR		3178988168		
PROCESO:		EBEH						
SERVICIO:		EBEH		UNIDAD:		Fray		
CENTRO DE COSTOS	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:				3376-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO
NÚMERO DE CDP: 1	277	FECHA	11/02/2025	NÚMERO DE CRP: 1	15988	FECHA	25/02/2025	
NÚMERO DE CDP: 2	531	FECHA	28/03/2025	NÚMERO DE CRP: 2	19917	FECHA	31/03/2025	
NÚMERO DE CDP: 3	561	FECHA	07/04/2025	NÚMERO DE CRP: 3	20271	FECHA	09/04/2025	
NÚMERO DE CDP: 4	792	FECHA	30/05/2025	NÚMERO DE CRP: 4	29209	FECHA	31/05/2025	
NÚMERO DE CDP: 5	1167	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 5	40240	FECHA	31/08/2025	
OBJETO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV - PSICOLOGO CLINICO								
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	
				01	08	2025		
TIPO SERVICIOS			Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0	
VALOR MES		5,396,967 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:				32,520,540				
VALOR EJECUTADO:				32,520,540				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:				5,396,967				
TOTAL HORAS CONTRATADAS:				184				
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:				184				
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		
88991567	276,900	354,400	3	54,000	0	685,300		
	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.								

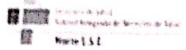
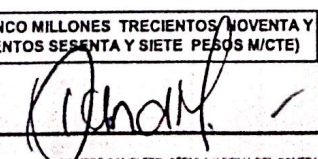
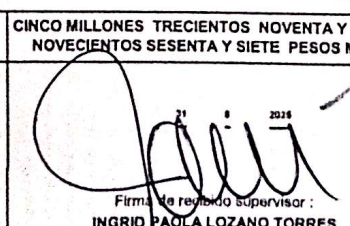
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTINEZ GUZMAN DIANA PAOLA
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.66													
				VERSIÓN 4													
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINA 1 DE 1													
		GESTIÓN CONTRACTUAL		FECHA: 07/11/2024													
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		UNIDAD:															
No. DE CONTRATO: 3376-2025 /		PERIODO CERTIFICADO		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>2025</td> <td>31</td> <td>8</td> <td>2025</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	1	8	2025	31	8	2025
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año												
1	8	2025	31	8	2025												
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES		DOCUMENTO: 1012390840															
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA PAOLA MARTÍNEZ GUZMÁN																	
OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV - PSICÓLOGO CLÍNICO																	
TOTAL DE EJECUCIÓN (%) : 100 %																	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			ACTIVIDADES REALIZADAS														
1. Desarrollar las acciones previstas en los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea, dando cumplimiento a los criterios de abordaje dispuesto desde SDS.			Se desarrollan las actividades correspondientes Equipos Básicos Extramurales hogar.														
2. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBEH.			Se realizan 62 acciones donde se desarrollan acciones de información, educación y comunicación.														
3. Identificación, actualización 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 EBEH.			Se realiza identificación del riesgo a cada integrante de la familia a abordar.														
4. 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 y/o notificación en caso de ser necesario.			Se realiza identificación, caracterización, implementación y evaluación del total de los casos asignados del presente mes.														
5. Realizar aplicación de tamizajes según la pertinencia y necesidad del caso índice y su núcleo familiar.			Se realiza tamizajes de los casos asignados del presente mes, según la necesidad.														
6. Realizar el reconocimiento de los antecedentes, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, socialización de objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar.			Se da a conocer a cada una de las familias el objetivo a alcanzar y el acompañamiento a recibir.														
7. Garantizar proceso de articulación y comunicación constante con SIVIM, de manera que, si durante el proceso de intervención se presenta nuevamente una notificación por violencia hacia el NNA, se informe de inmediato al profesional de espacio de manera que se suspenda la intervención y se activen medidas de protección necesarias.			Diligenciamiento de bases estipuladas por el EBEH, se realizan notificaciones según la necesidad del usuario y se diligencia la información correspondiente en el aplicativo de Secretaría de salud.														
8. Realizar balance del proceso, realizando comparativo entre el estado al inicio del proceso y el estado actual, identificando mejoras, por medio de las herramientas de control dispuestos de EBEH.			Se realiza concertación de compromisos a cada familia con el fin de evaluar y realizar educación según lo identificado con cada familia.														
9. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en EBEH.			Se realiza diligenciamiento en el aplicativo de los 62 productos asignados para el presente mes.														
10. Garantizar la oportunidad, veracidad, confiabilidad y validez de la información captada, así como el mantenimiento de subsistema de información en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad.			Se garantiza la oportunidad, veracidad, confiabilidad y validez de la información captada con cada usuario.														
11. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBEH.			Se realizan 2 encuentros grupales abordando temas de interés en salud pública.														
12. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los EBEH en los tiempos definidos, con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.			Se realiza entrega oportuna de reportes, informes, bases, con calidad y pertinencia técnica esperada.														
13. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.			se desarrollan las actividades correspondientes al plan de trabajo por Equipos Básicos Extramurales hogar.														
14. Participar activamente en las jornadas y/o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.			Se promueve la participación en las jornadas de vacunación según la población identificada.														
15. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.			Se da respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas.														
16. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.			Fortalecimiento técnico por parte de la SDS y la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E.														
De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS.																	
Para un valor de \$0																	
OBSERVACIONES:																	
TOTAL A PAGAR CINCO MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE)		\$ 5.396.987		CINCO MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE)													
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIANA PAOLA MARTÍNEZ GUZMÁN CC. 1.012.390.840		 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.																	

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
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88991567	\$685.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	276.900	0		0		0	1	200	0	277.100	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	54.000				54.000	1	100	54.100			540	54.100	1

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012390840	DIANA PAOLA MARTINEZ GUZMAN		Cra 80f #58j - 79sur	4071999	Diana04021@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
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88991567	\$685.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1012390840	MARTINEZ GUZMAN DIANA PAOLA	59	0		N									X										230301	2.215.000	354.400	0	0	0	0	EPS017	2.215.000	276.900	14-11	2.215.000	3	54.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA