

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CASTAÑO GRANADA YENIFER ALEXANDRA								404866		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1061370579									
CORREO	j.palmavillegas@gmail.com		CELULAR	3214894066								
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL											
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		UNIDAD:	Chapinero								
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		473470017418										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		6395-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	732	FECHA	27/05/2025	NÚMERO DE CRP: 1	33583	FECHA	21/07/2025				
NÚMERO DE CDP: 2	1323	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 2	45253	FECHA	29/09/2025				

OBJETO: TECNICO I AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	09	2025		30	09	2025
TIPO SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 2%			0		
VALOR MES	2,539,887		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:	5,466,335
VALOR EJECUTADO:	5,466,335
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,539,887
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
1075792864	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500
	0	0		0	0	

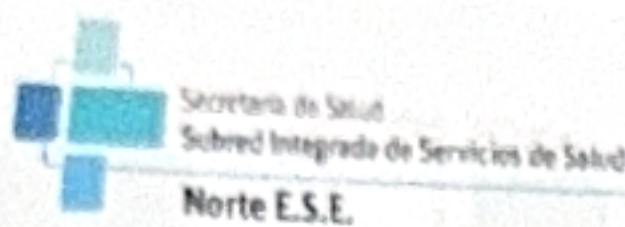
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTAÑO GRANADA YENIFER ALEXANDRA
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

VERSIÓN: 4

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 07/11/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN CONTRACTUAL

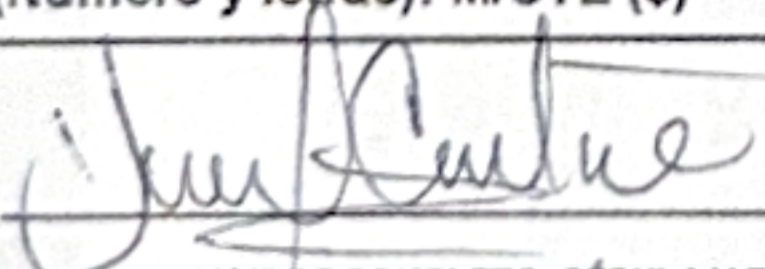
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	UNIDAD: Equipos Básicos Extramurales Hogar						
No. DE CONTRATO: 6395-2025	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES		01	09	2025	30	09	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA	DOCUMENTO: 1061370579						
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Desarrollar las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.	Se realizan 81 acciones de acuerdo a la meta socializada para el mes de Septiembre 2025
2. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBE.	No se ejecutaron acciones para este periodo
3. Toma de medidas antropométricas.	Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.
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 en caso de ser necesario.	Se realiza canalización a las diferentes rutas de mantenimiento según lo requerido del usuario según el ciclo de edad.
5. 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 EBE.	Se registra en el aplicativo G-TAPS 81 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de Septiembre 2025 de toma territorial
6. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio.	No se ejecutaron acciones para este periodo.
7. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.	Se realiza aplicación de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad.
8. 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 según los documentos operativos de EBE.	Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.
9. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBE.	No se ejecutaron acciones para este periodo.
10. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los EBE con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.	Se realizan entrega de formatos de firmas de EBEH, acorde a las acciones realizadas.
11. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.	No se ejecutaron acciones para este periodo.
12. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.	No se ejecutaron acciones para este periodo.
13. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.	No se ejecutaron acciones para este periodo.
14. Demás acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	Se realizan 24 horas de fortalecimiento técnico por parte de 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 (Número y letras): M/CTE (\$)	\$ 2.539.887	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA CC: 1061370579		Fecha: 30 / 09 / 2025 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.



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-19, 09:18:00 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075792864

Periodo Cotización: agosto de 2025

Periodo Servicio: agosto de 2025

Referencia pago (PIN): 8823456559

PAGADO 19/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA		
Documento	CC1061370579	Dirección	CR 113A #72 F - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3059366419
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AMP	ACF	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total			
CC 1061370579	YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 700	\$ 441.200