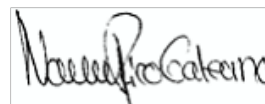


		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-16-05							
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E						VERSIÓN: 5							
								PÁGINA: 1 DE 1							
						FECHA: 16/02/2018									
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		RICO GALEANO NANCY										414737			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		52176560							
CORREO		null				CELULAR		null							
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		28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA					
NUMERO CUENTA BANCARIA		0													
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		8569-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		1268		FECHA		16/09/2025		NÚMERO DE CRP: 1		48985		FECHA		15/10/2025	
NÚMERO DE CDP: 2		1728		FECHA		28/11/2025		NÚMERO DE CRP: 2		57842		FECHA		30/11/2025	
OBJETO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 - ENFERMERO (A)													
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					01	11	2025		30	11	2025				
TIPO SERVICIOS		PIC				RESERVA DE GLOSA 2%				0					
VALOR MES		4,195,200				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:								5,289,600							
VALOR EJECUTADO:								3,420,000							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								2,325,600							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								184							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								102							
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								1,869,600							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								64.66 %							
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									
90619501	246,100	315,000	3	0	0	561,100									
90697209	0	0		48,000	0	48,000									
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:

RICO GALEANO NANCY
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.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/10/2025	90619501	\$561.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	246.100	0		0		0	0	0	246.100	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										

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				

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52176560	NANCY RICO GALEANO		Carrera 11 A # 147 - 90	6015288848	nancyrigaleano@outlook.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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	14/10/2025	90619501	\$561.100
					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	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	52176560	RICO GALEANO NANCY	3	0		N																		25-14	1.968.725	315.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52176560	NANCY RICO GALEANO		Carrera 11 A # 147 - 90	6015288848	nancyrigaleano@outlook.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	
90619501	14/10/2025				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-10	2025-10	N	20/10/2025	90697209	TOTAL A PAGAR	
						\$48.000

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					

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

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	48.000				48.000	0	0	48.000			480	48.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	48.000	48.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	48.000	48.000

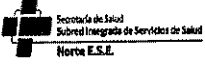
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52176560	NANCY RICO GALEANO		Carrera 11 A # 147 - 90	6015288848	nancyrigaleano@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. 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	
90619501	14/10/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N	20/10/2025	90697209	\$48.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Cotiz. exonerada	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	VAP	VCT	IBL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52176560	RICO GALEANO NANCY	59	0		N	R																	25-14	1.968.725	315.000	0	0	0	0	EPS008	1.968.725	246.100	14-11	1.968.725	3	48.000		0	0	0	0	0	0	0

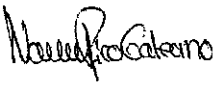
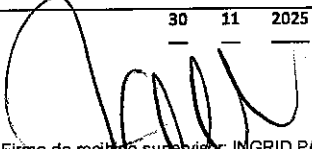
PAGADA

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024	

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD:			EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR		
No. DE CONTRATO: 8589-2025		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES				1	11	2025	30	11	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NANCY RICO GALEANO		DOCUMENTO: 52176560							
OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2-PROFESIONAL EN ENFERMERIA									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%									

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Se realiza entrega de los soportes físicos que dan cuenta de las actividades realizadas en campo, con los respectivos criterios de calidad.
2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Se realiza el adecuado porte de elementos institucionales con sentido de pertenencia
3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Se realiza el porte adecuado de elementos biomédicos brindados por la subred para el ejercicio de las obligaciones contractuales.
4. se obliga a brindar el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el Sistema Único de Acreditación en Salud.	Se da respuesta a las necesidades solicitadas por profesionales de apoyo y líderes respectivos que dan cuenta al ejercicio respectivo de cumpliendo de estándares de calidad.
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o Subred.	Se acude a las reuniones y capacitaciones programadas por los profesionales de apoyo, líderes del programa y entes respectivos
6. presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ESE, SDS o por entes de control.	No realiza entrega de soportes para auditoría con los estándares de calidad solicitados
7. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados por los Equipos Mas Bienestar en Hogar.	Se educan a los respectivos entes institucionales, comunitarios y familias abordadas en habilidades para la vida que permitan un avance integral, principalmente en la recuperación del evento por el cual fue reportado.
8. 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 Equipos Mas Bienestar en Hogar.	Se realizan abordajes de caracterización, seguimiento, cierre y planes individuales a los casos asignados por profesionales de apoyo.
9. Desarrollar interacciones integradas e integrales relacionadas con el seguimiento a cohortes específicas, en donde se implementan acciones en familias con prioridad por condiciones de mayor riesgo.	Se realiza abordaje a familias asignadas desde las diferentes cohortes para su manejo e intervención, realizando la gestión de riesgo en salud bajo los criterios de calidad
10. Aplicación de los tamizajes estipulados para el perfil, aplicación de pruebas rápidas y tratamiento de Sífilis.	Se realiza la aplicación de tamizajes acorde a las necesidades identificadas y tipo de población abordada.
11. 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.	Se brinda educación a la población abordada desde los diferentes ciclos de vida y condiciones de base.
12. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran para el desarrollo de las acciones programadas.	No se ejecutan acciones para este periodo
13. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como apoyo a la asignación de citas e consulta, en articulación con la ruta de Promoción y Mantenimiento y las diferentes rutas de riesgo.	Se realiza el plan de atención de enfermería con cada una de las familias y personas abordadas, con criterios de calidad según criterio profesional, además de la activación de ruta respectiva según barreras identificadas en el abordaje
14. En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.	Se realiza el diligenciamiento respectivo de aplicativo G-TAPS, historia clínica en Dinámica, con los criterios de calidad solicitados y acorde a la población abordada.
15. Elaborar y entregar oportunamente los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, con las características de calidad y pertinencia técnica esperada.	Se realiza el diligenciamiento de bases de casos y ruteo, aplicativo G-TAPS, Historia clínica, soportes de atención solicitados por profesionales de apoyo, bajo criterios de calidad.
16. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred Norte.	Se realiza el abordaje a las personas asignadas en un lapso de tiempo de 24 horas.
17. Aportar a los procesos de archivo general, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.	No se ejecutan acciones para este periodo
18. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	Asistencia a jornadas PAISS, según programación establecida por profesionales de apoyo

OBSERVACIONES:		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	2.325.600	Dos millones ochocientos setenta y dos mil ochocientos pesos MCTE

 NOMBRE: NANCY RICO GALEANO CC: 52176560	 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 expide el supervisor.