	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:		EDITH MIYERI SEGURA VALDES						394236				
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52197464									
CORREO	3008545408	CELULAR	miyerisv@gmail.com									
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:		6141-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO								
NÚMERO DE CDP: 1	792	FECHA	30/05/2025	NÚMERO DE CRP: 1	29951	FECHA	20/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 2	997	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 2	35543	FECHA	31/07/2025					
NÚMERO DE CDP: 3	1167	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	38702	FECHA	31/08/2025					
NÚMERO DE CDP: 4	1324	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 4	46484	FECHA	29/09/2025					
OBJETO:	ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD											
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
				01	07	2025		31	07	2025		
TIPO SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				0					
VALOR MES	6,263,108		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:	20,237,473
VALOR EJECUTADO:	20,237,473
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,263,178
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
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
87647683	269,900	345,500	3	52,600	0	668,000
	0	0		0	0	

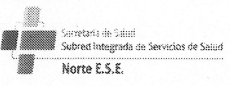
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

**LOZANO TORRES INGRID PAOLA**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**EDITH MIYERI SEGURA VALDES**  
 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.


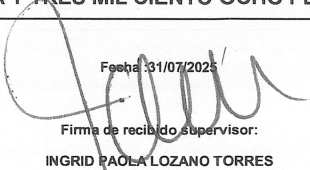
	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

<b>ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESCO EN SALUD</b>				<b>UNIDAD:</b>			<b>Epidemiología intramural</b>			
<b>No. DE CONTRATO: 6141-2025</b>				<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES</b>					1	7	2025	31	7	2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDITH MIYERI SEGURA VALDES</b>				<b>DOCUMENTO: 52197464</b>						
<b>OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.</b>										
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>										

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la	Se participó en capacitaciones, socializaciones, realización de encuestas y módulos con temas de calidad.
2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural,	Se participó en capacitaciones, socializaciones, realización de encuestas y módulos con temas de calidad.
3. Capacitar al personal de salud en temas de interés en salud pública de acuerdo a detección de necesidades o solicitud, dar a conocer al personal de salud, la lista de eventos y enfermedades bajo vigilancia y las definiciones de casos establecidas, así como los formularios y procedimientos de recolección de datos de vigilancia.	Se realizó capacitación al personal de salud en temas de interés en salud pública de acuerdo a necesidades o solicitudes, capacitar en protocolos y fichas de notificación que hacen parte de la vigilancia epidemiológica haciendo énfasis en la recolección de datos y registro de información con calidad.
4. Revisar en forma sistemática y periódica, los registros de urgencias, hospitalización, expedientes clínicos, laboratorios clínico y de patología, registros y certificados de defunción, haciendo Búsqueda Activa	Se realizó la búsqueda activa institucional con periodicidad diaria, semanal y mensual de los eventos de interés en salud pública.
5. Informar al Gestor de Epidemiología de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte por la vía más ágil, la ocurrencia de enfermedades y eventos de control inmediato.	Se informó al Referente de epidemiología intramural sobre la ocurrencia de eventos de notificación inmediato.
6. Realizar pre crítica de la ficha de notificación, verificando que cada evento a notificar cumpla con la definición de caso establecida por el SIVIGILA; retroalimentando al líder del servicio y /o médico tratante acerca de los resultados y aspectos a fortalecer.	Se realizó precritica a todas las fichas de notificación, se retroalimentación al médico tratante sobre los hallazgos evidenciados y aspectos a fortalecer, los cuales fueron evidenciados durante la precritica de las fichas de notificación.
7. Garantizar la notificación semanal e inmediata según sea el evento, con calidad; realizar los ajustes en SIVIGILA a los que haya lugar, reportando al líder local.	Se garantiza la notificación inmediata y semanal de los eventos de notificación en salud pública, con calidad y se realizan los ajustes en SIVIGILA según indicación o solicitud de nivel local.
9. Participar o delegar en COVE local según convocatoria, socializando la información recibida al interior de la UPGD.	Se realizó participación en el COVE LOCAL.
10. Recibir visitas de asistencia técnica por parte de los equipos de Salud Pública local a las unidades ambulatorias asignadas	No aplica para el mes
11. Participar en la Unidades de Analisis de los diferentes Eventos que se presenten tanto intramural como con SECRETARIA DE SALUD	Para el período evaluado se participó en las Unidades de Análisis programadas.
12. Diligenciar tableros de control requeridos por la Dirección de Gestión del Riesgo y demás informes solicitados por la Gestora de Epidemiología, generar tablas y gráficos para el análisis de tendencia y patrones de	Se realiza diligenciamiento de las matrices establecidas para la vigilancia de eventos trazadores.
13. Hacer seguimiento a la calidad del dato de nacimiento y defunciones, así como ajustes en la cascada de defunción, registrando los ajustes en RUAF-ND.	Se realiza seguimiento a la calidad del dato de las bases de RUAF Nacidos Vivos y Defunciones.
14. Participar en la investigación de eventos de interés en salud pública (mortalidades, morbilidades) según protocolo y convocatoria, preparando previamente el caso.	Se participó en unidad de análisis de Morbilidad Materna Extrema, mortalidades perinatales y mortalidades infantiles programadas para este mes.

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) \$6,263,108 SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO OCHO PESOS M/C**

 NOMBRE EDITH MIYERI SEGURA VALDES CC: 52197464	Fecha: 31/07/2025  Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES
--	---

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

uob  
27

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52197464	EDITH MIYERI SEGURA VALDES	CL 9 79 88 BL 18 AP 550	5174193	miyerisv@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA DE ASOCIACIÓN (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
	2025-06	1	25/06/2025	87647933
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR		
2025-06	2025-06	\$668.000		

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	Cotización Obligatoria		UPC Adicional		Licencia Maternidad		Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
		NIT	Valor	NIT	Valor	Días Mora	Valor				
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	269.900	0	0	0	0	0	0	269.900	1

## TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Adicional	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				Nc. Autorización	Valor							
14-11	ARL SUJA	890903790-5	52.600	0	52.600	0	0	0	52.600	526	52.600	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

## TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de ICE, LIMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	269.900	269.900	269.900
Pensión	1	345.500	345.500	345.500
Riesgos Laborales	1	52.600	52.600	52.600
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>668.000</b>	<b>668.000</b>	<b>668.000</b>

