

	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:		PEREZ CALDERON ANGIE PAOLA						429426
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula	No.		1014241387			
CORREO		angie77793@gmail.com		CELULAR		3144640949		
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	%
	A00							
BANCO		10		TIPO CUENTA		AHORROS		
NUMERO CUENTA BANCARIA		24090426074						
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		7926-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1267	FECHA	16/09/2025	NÚMERO DE CRP: 1	48195	FECHA	01/10/2025	
NÚMERO DE CDP: 2	1694	FECHA	25/11/2025	NÚMERO DE CRP: 2	56086	FECHA	30/11/2025	
NÚMERO DE CDP: 3	1808	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 3	63011	FECHA	19/12/2025	
NÚMERO DE CDP: 4	48	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 4	1298	FECHA	19/01/2026	
NÚMERO DE CDP: 5	297	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 5	14173	FECHA	28/02/2026	
OBJETO: TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA								
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA
				01	02	2026		28
								02
								2026
TIPO SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%			0	
VALOR MES	2,980,800		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:					20,865,600			
VALOR EJECUTADO:					14,904,000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:					2,980,800			
TOTAL HORAS CONTRATADAS:					184			
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:					184			
VALOR A LIBERAR:					0			
SALDO POR EJECUTAR:					5,961,600			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:					71.43 %			
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		
48107510	218,900	280,200	3	42,700	35,100	576,900		
	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.								

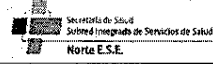
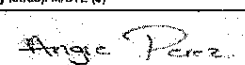
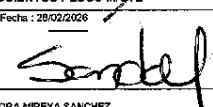
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Angie Perez.

SANDRA MIREYA SANCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PEREZ CALDERON ANGIE 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-50	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSIÓN: 4	
		GESTIÓN CONTRACTUAL				PÁGINA: 1 DE 1	
						FECHA: 07/11/2024	
ÁREA Y/O SERVICIO:		DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD-PAI				UNIDAD:	
No. DE CONTRATO: 7026-2025		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Plan de intervenciones Colectivas-PSPIC
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MIREYA SANCHEZ				1	02	2026	28 2 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE PAOLA PEREZ CALDERON		DOCUMENTO:		1014241387			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%) : 100%							
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS				ACTIVIDADES REALIZADAS			
1-Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad.				1. Se garantizó el registro en los formatos establecidos, incluida la verificación del antecedente vacunal en la modalidad extramural.			
2-Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el aplicativo PAI en el módulo de cohorte.				2. Se realizó gestión de verificación de datos del menor y/o adulto a vacunar, verificación de antecedente vacunal y respectivo seguimiento en aplicativo PAI distrital.			
3-Registrar en físico o digital, según asignación los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío de la modalidad extramural.				3. Se realiza control de temperatura de las neveras de la modalidad extramural de acuerdo con la asignación realizada por el profesional extramural.			
4- Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.				4. Se realiza diligenciamiento diario de los kárDEX de acuerdo con lo despachado por el profesional extramural, de acuerdo con la micro planeación diaria. Se realiza diligenciamiento de las hojas de registro PAI, Encuesta de Fiebre Amarilla, SIS 150 Adulto y Niño.			
5-Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluye cantidad de viviendas, mapeo con identificación de zonas intervenidas y semaforización de cobertura de la táctica casa a casa.				5. De acuerdo con la asignación, se realizan los recorridos programados para la búsqueda de la población objeto, se realiza diligenciamiento de formatos asignados a la táctica.			
6- Realizar sensibilización a la comunidad educativa, programar y ejecutar jornadas de vacunación en los establecimientos educativos.				6. Se realizan charlas de formación y actividades hacia la población objeto en los espacios designados. Se realiza sensibilización en la importancia del esquema de vacunación en las instituciones educativas.			
7-El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables.				7. Se hace captación de la población objeto de Canalización de las Rutas de Atención Integral acorde a las necesidades requeridas.			
8- Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP-PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PS-PIC vigente y según las necesidades de los servicios de la Subred.				8. Se tiene disponibilidad para realizar el desarrollo de actividades de acuerdo con los lineamientos establecidos en el convenio PS-PIC.			
9- Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad.				9. Se realiza diligenciamiento de los documentos entregados por el profesional extramural para las acciones diarias programadas, así como los requeridos para la aplicación de los biológicos, insumos y dispositivos médicos del PAI.			
10-El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.				10. Se mantiene la disponibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas por el convenio PS-PIC, así como los cronogramas realizados y reportados a la SRN y la SDS.			
11.Garantizar el cumplimiento de coberturas de vacunación y las metas establecidas en el Programa PAI.				11. Se garantiza y se da cumplimiento a las metas establecidas según tiempo, lugar y espacio según indicaciones del Programa y la SDS.			
12.Cumplir con las metas de vacunación asignadas en el marco del desarrollo de las actividades programadas diariamente.				12. Se cumple las metas establecidas programadas diariamente según itinerario del Programa PAI.			
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)				\$2.980.800 DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE			
 ANGIE PAOLA PEREZ CALDERON CC 1014241387				Fecha: 28/02/2026  SANDRA MIREYA SANCHEZ Coordinadora PS-PIC			
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.							

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1014241387	ANGIE PAOLA PEREZ CALDERON		carrera 118 bis 89 a 26 int 05 apto 103	0000000	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR
2026-01					\$576.900

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014241387	ANGIE PAOLA PEREZ CALDERON		carrera 118 bis 89 a 26 int 05 apto 103	0000000	angieperez9301@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	48107510	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cedente	Salud	Exonerado	Column. exterior	Column. interior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TGP	VBP	VBT	ICA	ICA	ICA	ICA	ICA	ICA	ICA	ICA	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	1014241387	PEREZ CALDERON ANGIE PAOLA	57	0		N																		230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0	

PAGADA