| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | 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: | GINA PAOLA ARROYO MORALES | | | | | | | | | | | 411712 | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | | No. | | | | | | | 1000216006 | |
| CORREO | 3104731323 | | | | CELULAR | | | | | | | paolaarroyo04@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: | 8055-2025 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1268 | FECHA | 16/09/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 48319 | FECHA | 01/10/2025 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | TECNICO 1 -AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 01 | 10 | 2025 | | 31 | 10 | 2025 | |
| 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: | 2,980,800 |
| VALOR EJECUTADO: | 2,980,800 |
| 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: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

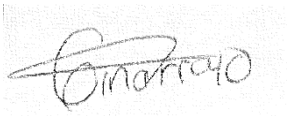
## El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1858436867 | 178,000 | 227,800 | 3 | 62,000 | 0 | 467,800 |
| | 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,



NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: 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.

| | |
|---|---|
| LOZANO TORRES INGRID PAOLA | GINA PAOLA ARROYO MORALES |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO AP-CT-F-50 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | PÁGINA 1 DE 1 |
| | | FECHA 07/11/2024 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO:** | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | | | | **UNIDAD:** | Equipos Mas Bienestar a tu Hogar | | |
| No. DE CONTRATO: 8055-2025 | | **PERIODO CERTIFICADO** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | INGRID PAOLA LOZANO TORRES | | 01 | 10 | 2025 | 31 | 10 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YINA MARCELA PERNETT ALVAREZ | DOCUMENTO: 1019002472 | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | TECNICO I-AUXILIAR DE 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 realizan 52 acciones de acuerdo a la meta socializada y 16 horas de apropiación territorial para el mes de Octubre 2025 |
| 2.Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | No se ejecutaron acciones para este periodo |
| 3.Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | Se realiza utilización de los elemetos entregados por la institución para dar cumplimiento a las obligaciones |
| 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 saludnorte E.S.E.,con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el sistema único de acreditación en salud | Se realizan capacitaciónes mensuales como fortalecimieto y mejoramiento en las actividades realizadas en el marco del convenio |
| 5.Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección degestión del riesgo, supervisora de contrato o subred. | Se realizan 40 horas de fortalecimiento técnico por parte de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E |
| 6.Presentar soportes y auditorías programadas tanto,de la ese,sds o por entes de control . | Se realiza entrega de soportes fisicos como planillas de firmas y cargue en el aplicativo GTAPS-SDS diario |
| 7. Desarrollar las acciones previstas en los ebe de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. | Se realiza actividades como gestor operativo en terreno |
| 8. 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 |
| 9 Toma de medidas antropométricas. | Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas. |
| 10. 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 |
| 11. 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 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de octubre 2025 de toma territorial |
| 12. 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. |
| 13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de ebe. | Se realiza apliacion de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad |
| 14. 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 equipos mas bienestar a tu hogar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS. |
| 15. 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. |
| 16. 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 EMBH, acorde a las acciones realizadas. |
| 17. 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. |
| 18. 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. |
| 19. 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. |
| 20. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la subred. | Se realiza recorrido y apropiación de microterritorio asignado |
| 21. Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos de equipos mas bienestar en hogar, conforme a los lineamientos del contrato equipos mas bienestar en hogar vigente y según las necesidades de los servicios de la subred. | No se ejecutaron acciones para este periodo. |
| 22. 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. | No se ejecutaron acciones para este periodo. |
| 23. 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. | No se ejecutaron acciones para este periodo. |
| 24. 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. | se entregan canalizaciones realizadas del mes de octubre 2025 a las diferentes rutas a necesidad de la familia captada en el territorio |
| **OBSERVACIONES:** | |

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)** | **$ 2.980.800** | **DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE** |

Yina Arcila

**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**YINA MARCELA PERNETT ALVAREZ**
**CC: 1019002472**

Fecha : 31/ 10/ 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.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION U | C | S | D | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1000216006- | GINA PAOLA ARROYO MORALES | ☑ | ☐ | ☐ | ☐ | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 9 | 2025 | 9 | 2025 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| 90655923 | PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑ | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cra 3 Este #50 12sur | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 3234069 | | Mgina3389@gmail.com | 8699 | 0 | 1 | 2025/10/17 | 1858436867 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 178.000 | 15 | 1.700 | 0 | 179.700 | 0 | | 0 | 0 | 179.700 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 15 | 2.100 | 0 | 229.900 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 62.000 | | 0 | 0 | 62.000 |

| DIAS MORA | INTERES MORA COTI | SUBTOTAL APORT COTIZ | No. RADICAC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 600 | 62.600 | 0 | 0 | 620 | 62.600 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 |

**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 227.800 | 229.900 |
| SALUD | 178.000 | 179.700 |
| RIESGOS LABORALES | 62.000 | 62.600 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 467.800 | 472.200 |

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | | | | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1000216006 | ARROYO MORALES GINA PAOLA | EPS008 | 230301 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.423.500 | 1.423.500 | 0 | 1.423.500 | 0 | | | 227.800 | 0 | 0 | 178.000 | 0 |

PAGADO 1850617



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