	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:	PIMENTEL ROMERO DEBBY SAMANTHA		410556									
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1014284486									
CORREO	samixime9801@gmail.com	CELULAR	3005392688									
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	10	TIPO CUENTA	AHORROS									
NUMERO CUENTA BANCARIA	24101735173											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8087-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	1268	FECHA	16/09/2025	NÚMERO DE CRP: 1	48347	FECHA	01/10/2025	
NÚMERO DE CDP: 2	1715	FECHA	27/11/2025	NÚMERO DE CRP: 2	57242	FECHA	30/11/2025	
NÚMERO DE CDP: 3	296	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 3	14315	FECHA	28/02/2026	
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:	8,942,400
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:	5,961,600
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	33.33 %

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
9492662833	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,

Samantha Pimentel

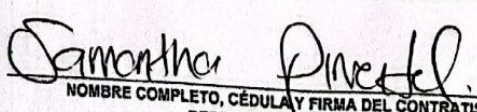
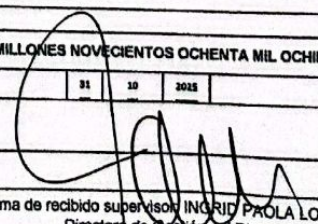
LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PIMENTEL ROMERO DEBBY SAMANTHA
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.

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD:		EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	
No. DE CONTRATO: 8087-2025	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES	0	01	10	2025	31	10	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEBBY SAMANTHA PIMENTEL ROMERO						
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I AUXILIAR ENFERMERIA	DOCUMENTO	1014284486					
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.	manejar adecuadamente los documentos proporcionados como rotafolios documentos de consulta ,formatos de diligenciamiento que se utilicen con frecuencia
2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	mantener buena presentación personal ,tener buen uso de elementos institucionales como carnet chaqueta y demas elementos que tengan logo institucional de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E
3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	no se realizaron acciones para este periodo
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 realizan 40 horas de fortalecimiento técnico por parte de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E
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 de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred.	se realizaron actividades para este periodo
6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto de la ese, sds o por antes de control	presentar soportes físicos de forma adecuada sin tachones o enmendaduras en los documentos a presentar con el lider operativo asignado
7. Desarrollar las acciones previstas en los ebe de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.	no se realizaron acciones para este periodo
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 realizaron acciones para este periodo
9. Toma de medidas antropométricas.	no se realizaron acciones para este periodo
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.	realizacion de de canalizaciones ,articulaciones para agendamiento de citas medicas en caso que se requiera
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 que corresponda 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 realizaron acciones para este periodo
13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de ebe.	no se realizaron acciones para este periodo
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 os documentos operativos de ebe	Se realizan actividades de Abordeje en línea, 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.
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 EBEH, 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.	participar activamente en fortalecimiento o actividades asignadas por la subred y líderes operativos a cargo
20. El CONTRATISTA autoriza a la Subred el manejo de sus datos personales e información que reposen en la carpeta contractual y entrega a las autoridades internas y externas, previo requerimiento	tener actualizado documentación según requerimientos realizados por la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E
21. El CONTRATISTA se obliga a devolver el carnet, chaqueta, elementos institucionales, información o bienes muebles entregados con ocasión del desarrollo de sus actividades y cumplimiento contractual.	entregar en su totalidad insumos biomedicos ,dotacion institucional como carnet de acreditacion con la entidad chaqueta / uniformes dados la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E
22. Se obliga a la aprobación del contrato, modificación contractual dentro del primer día hábil siguiente en la plataforma del SECOP II y/o en físico so pena de incumplimiento.	firmar contrato ante la plataforma del secop apenas sea cargado y notificados por los jefes operativos a cargo
23. Declaro bajo la gravedad del Juramento la veracidad de los documentos entregados para la contratación y pago de honorarios so pena de terminación de contrato y/o denuncia penal y retención del pago.	entregar documentación pertinente sin alterar ningun documento
24. Reportar el primer día hábil siguiente cualquier cambio o modificación al sistema general de seguridad social en salud y reportarlo a la Dirección de Contratación.	notificar algun cambio relevante al area encargada para poder gestionar los cambios al respecto

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE	2.980.800	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHIENTOS PESOS M/CTE
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DEBBY SAMANTHA PIMENTEL ROMERO CC 1014284486		 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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014284486		PIMENTEL ROMERO DEBBY SAMANTHA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 17 # 39 99	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1846762551	9492662833	I	2025/10/21	2025/10/14	NEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1014284486	PIMENTEL DEBBY	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014284486		PIMENTEL ROMERO DEBBY SAMANTHA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CUI 17 # 39 99	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1846762551	9492662833	I	2025/10/21	2025/10/14	NEQUI	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	