

	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:		CASTAÑO GRANADA YENIFER ALEXANDRA										399730	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1061370579			
CORREO		j.palmavillegas@gmail.com				CELULAR				3214894066			
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		12				TIPO CUENTA				AHORROS			
NUMERO CUENTA BANCARIA		473470017418											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				6395-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1		732		FECHA		27/05/2025		NÚMERO DE CRP: 1		33583		FECHA		21/07/2025	
NÚMERO DE CDP: 2		1323		FECHA		19/09/2025		NÚMERO DE CRP: 2		45253		FECHA		29/09/2025	
OBJETO: TECNICO I AUXILIAR DE ENFERMERIA															
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					01	08	2025		31	08	2025				
TIPO SERVICIOS				PIC				RESERVA DE GLOSA 2%				0			
VALOR MES		2,539,887		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:	5,466,335
VALOR EJECUTADO:	5,466,335
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,926,448
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	212
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
6395202508	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

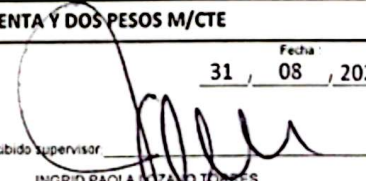
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CASTAÑO GRANADA YENIFER ALEXANDRA
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.

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD						UNIDAD:		Equipos Básicos Extramurales Hogar			
No. DE CONTRATO: 6395-2025				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES						01	08	2025	31	08	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA				DOCUMENTO: 1061370579							
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA											
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%											
OBLIGACIONES ESPECIFICAS						ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. Desarrollar las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea						Se realizan 77 acciones de acuerdo a la meta socializada para el mes de Agosto 2025					
2. 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					
3. Toma de medidas antropométricas						Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.					
4. 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.					
5. 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 77 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de Agosto 2025 de toma territorial					
6. 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.					
7. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.						Se realiza aplicación de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad.					
8. 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 mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.					
9. 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.					
10. 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.					
11. 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.					
12. 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.					
13. 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.					
14. Demás acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.						Se realizan 24 horas de fortalecimiento técnico por parte de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E					
De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS.											
Para un valor de: 0											
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.926.392 DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE											
 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA CC: 1061370579						Fecha: 31 / 08 / 2025  Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestión de Riesgo en Salud					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.											



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

27/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YENIFER ALEXANDRA CASTANO GRANADA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1061370579**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570473470017418
Fecha de apertura	02/04/2014

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA