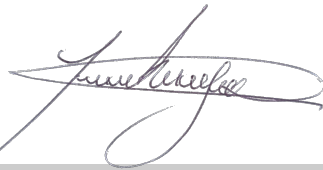


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05	
	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		VERSIÓN: 5	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		BARRA DIAZ ERICK YOHAN		412950
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000931195	
CORREO	joandiaz2610@gmail.com	CELULAR	3219827556	
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL			
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		UNIDAD:	Chapinero
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00			
BANCO	4	TIPO CUENTA	AHORROS	
NUMERO CUENTA BANCARIA		91212290969		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		9202-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO
NÚMERO DE CDP: 1	1268	FECHA	16/09/2025	NÚMERO DE CRP: 1
				54251
				FECHA
				10/11/2025
OBJETO: TECNICO I- AUXILIAR DE ENFERMERIA				
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES
			12	11
			2025	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:			3,576,960	
VALOR EJECUTADO:			1,198,800	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:			1,198,800	
TOTAL HORAS CONTRATADAS:			184	
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:			74	
VALOR A LIBERAR:			0	
SALDO POR EJECUTAR:			2,378,160	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:			33.51 %	
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
91176843	178,000	227,800	3	34,700
	0	0		0
TOTAL PLANILLA				
440,500				
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.				

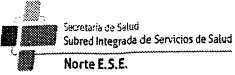
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

I BARRA DIAZ ERICK YOHAN
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.

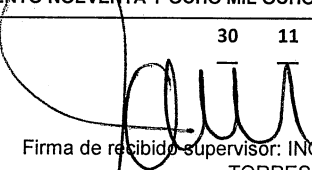
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.						VERSION: 4				
	GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA : 1 DE 1				
						FECHA: 07/11/2024					
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD							UNIDAD:		EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
No. DE CONTRATO: 9202-2025				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES						12	11	2025	30	11	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ERICK YOHAN IBARRA DIAZ				DOCUMENTO: 1000931195							
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO 1-GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO											
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 presentacion 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						Dar buen uso a los equipos biomedicos suministrados para poder realizar una optima atencion en salud					
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 36 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 p						Presentar soportes fisicos 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						No se realizaron 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 amiliar, así como la activación de rutas integrales por medio del						Realizacion de las 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						Se registra en el aplicativo G-TAPS 15 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes que corresponda de toma territorio					
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.						Realizar caracterizacion toma de tamizajes que muestren factores de riesgo complementando la atencion con los profesionales que conforman el programa en salud en caso que se requiera					
13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos						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 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 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,	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	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, dotación institucional como carnet de acreditación 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 Líderes 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 ningún 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 algún cambio relevante al área encargada para poder gestionar los cambios al respecto

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): M/CTE (\$)	\$ 1,198.800 M/CTE	UN MILLON CIENTO NOEVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
---	--------------------	--


 ERICK YOHAN IBARRA DIAZ
 CC: 1000931195

30 11 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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000931195	ERICK YOHAN IBARRA DIAZ		CL 14 A SUR # 12 - 28	7282498	erickyohanibarra@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91176843	10/11/2025	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	\$0	\$440.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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
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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000931195	ERICK YOHAN IBARRA DIAZ		CL 14 A SUR # 12 - 28	7282498	erickyohanibarra@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91176843	10/11/2025	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	\$0	\$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1000931195	IBARRA DIAZ ERICK YOHAN	59	0			N																230301	1.423.500	30	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	30	178.000	14-11	1.423.500	30	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0