

	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:		IBARRA DIAZ ERICK YOHAN										422013	
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.				1000931195			
CORREO		johandiaz2610@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	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	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				
NÚMERO DE CDP: 2	1807	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 2	63258	FECHA	19/12/2025				
NÚMERO DE CDP: 3	46	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 3	1780	FECHA	19/01/2026				
OBJETO: TECNICO I- AUXILIAR DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
				01	01	2026		31	01	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:	6,188,400
VALOR EJECUTADO:	3,969,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	761,400
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	47
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,219,400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	64.14 %

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
1247522	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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

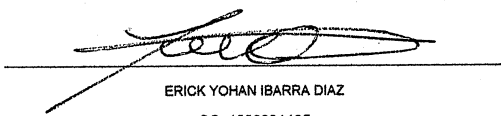
IBARRA DIAZ ERICK YOHAN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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. GESTIÓN CONTRACTUAL						VERSION: 4				
							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						1	01	2026	31	1	2026
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 antencion 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 realiza 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 reintroducción 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 auditorias 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 55 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 aplicacion 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 biomédicos, 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 (\$)	\$1,053,000 M/CTE	UN MILLON CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE
 ERICK YOHAN IBARRA DIAZ CC: 1000931195 31 1 2026 — — —  Firma de recibido supervisor: INGRID PAQLA 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
		1247522	14/01/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	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 DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		1247522	14/01/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	\$0	\$440.500	

[illegible]