	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:		PAOLA CASTILLO HUESA					433955		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.		1020752052					
CORREO	null	CELULAR		null					
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	%	
	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:		7959-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO					
NÚMERO DE CDP: 1	1268	FECHA	16/09/2025	NÚMERO DE CRP: 1	48227	FECHA	01/10/2025		
NÚMERO DE CDP: 2	1715	FECHA	27/11/2025	NÚMERO DE CRP: 2	57125	FECHA	30/11/2025		
NÚMERO DE CDP: 3	1908	FECHA	23/12/2025	NÚMERO DE CRP: 3	63562	FECHA	23/12/2025		
NÚMERO DE CDP: 4	46	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 4	1330	FECHA	19/01/2026		
NÚMERO DE CDP: 5	296	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 5	14204	FECHA	28/02/2026		
OBJETO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3- LIDER GESTIÓN OPERATIVA								
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	03	2026		31	03	2026
TIPO SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 2%			0			
VALOR MES	6,127,200		VALOR LETRAS						
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:				40,226,400					
VALOR EJECUTADO:				34,099,200					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:				6,127,200					
TOTAL HORAS CONTRATADAS:				184					
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:				184					
VALOR A LIBERAR:				0					
SALDO POR EJECUTAR:				6,127,200					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:				84.77 %					
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			
50815942	306,400	392,200	3	59,800	0	758,400			
	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,

Paola Castillo

SANDRA MIREYA SANCHEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA CASTILLO HUESA

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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020752052	PAOLA CASTILLO HUESA		CI 196a 20 55	3125642522	Paolach09@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		50815942	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$760.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	306.400	0		0		0	4	800	0	307.200	1


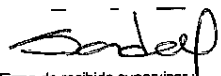
TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	392.200	0	0	0	0	4	1.100	0	393.300	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	59.800				59.800	4	200	60.000			598	60.000	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	306.400	307.200
PenSIón	1	392.200	393.300
Riesgos Laborales	1	59.800	60.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	758.400	760.500

<p>Dar respuesta a los requerimientos técnicos y administrativos de la coordinación de equipos mas bienestar en hogar y la dirección de gestión del riesgo en salud.</p>	<p>Se da respuesta oportuna y adecuada a los requerimientos técnicos y administrativos emitidos por la coordinación de los equipos Más Bienestar en tu Hogar y por la Dirección de Gestión del Riesgo, proporcionando información clara, completa y sustentada, de acuerdo con los lineamientos institucionales.</p>
<p>Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio</p>	<p>Se ejecutan todas las acciones requeridas para la correcta gestión documental, incluyendo la generación, clasificación, actualización y conservación física y digital de los documentos derivados de las actividades desarrolladas. Se asegura el cumplimiento de la normativa vigente, así como la protección e integridad de la información archivada.</p>
<p>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.</p>	<p>Se ejecutan todas las acciones requeridas para la correcta gestión documental, incluyendo la generación, clasificación, actualización y conservación física y digital de los documentos derivados de las actividades desarrolladas. Se asegura el cumplimiento de la normativa vigente, así como la protección e integridad de la información archivada.</p>
<p>OBSERVACIONES:</p>	
<p>TOTAL A PAGAR: SEIS MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE \$ 6.127.200</p>	
<p style="text-align: center;">  <hr/> PAOLA CASTILLO HUESA CC. 1020752052 </p>	<p style="text-align: center;"> 31 3 2026 <hr/>  Firma de recibido supervisor: SANDRA MIREYA SANCHEZ Directora de Gestión del Riesgo en Salud (E) </p>
<p style="text-align: center;">Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</p>	