

	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:		CORONEL AVILA LEYSDI PAOLA										436528							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1065590694											
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	%	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:		8114-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO													
NÚMERO DE CDP: 1		1268		FECHA		16/09/2025		NÚMERO DE CRP: 1		48374		FECHA		01/10/2025					
NÚMERO DE CDP: 2		1715		FECHA		27/11/2025		NÚMERO DE CRP: 2		57267		FECHA		30/11/2025					
NÚMERO DE CDP: 3		1908		FECHA		23/12/2025		NÚMERO DE CRP: 3		63695		FECHA		23/12/2025					
NÚMERO DE CDP: 4		46		FECHA		08/01/2026		NÚMERO DE CRP: 4		1456		FECHA		19/01/2026					
NÚMERO DE CDP: 5		296		FECHA		20/02/2026		NÚMERO DE CRP: 5		14335		FECHA		28/02/2026					
OBJETO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3 -MEDICO																	
PERIODO CERTIFICADO				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						01		04		2026				30		04		2026	
TIPO SERVICIOS		PIC				RESERVA DE GLOSA 2%				0									
VALOR MES		7,378,400				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:										47,438,300									
VALOR EJECUTADO:										46,556,100									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:										7,378,400									
TOTAL HORAS CONTRATADAS:										184									
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:										184									
VALOR A LIBERAR:										0									
SALDO POR EJECUTAR:										882,200									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:										98.14 %									
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							
85051313		369,000		472,300		3		71,900		0		913,200							
		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.																			

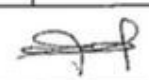
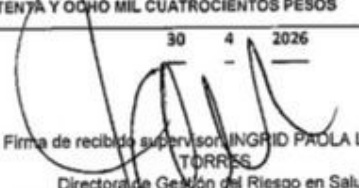
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CORONEL AVILA LEYSDI PAOLA
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 BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR		
No. DE CONTRATO: 8114-2025		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES			1	4	2026	30	4	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEYSID CORONEL AVILA		DOCUMENTO: 1065590694						
OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO III - MEDICINA GENERAL								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			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.			Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental, la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.					
2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.			Se mantiene una buena imagen institucional durante las atenciones individuales.					
3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.			Se da óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.					
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 brinda 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.					
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o Subred.			Se asistió a un total de (8) comités para el fortalecimiento y claridad frente a múltiples aspectos de la práctica médica correspondiente a un total de 36 horas administrativas.					
6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ESE, SOS o por entes de control.			Se presentan soportes correspondientes.					
7. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia del Equipo Mas Bienestar en Hogar, rúteo y conglomerado, o los que sean designados acorde a la operación del convenio.			Se realizaron (252) valoraciones individuales.					
8. Realizar la notificación al subsistema correspondiente en caso de identificación de eventos de interés en salud pública.			No se ejecuten acciones para este período.					
9. En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.			Se efectuaron historias clínicas correspondientes a actividades individuales teniendo en cuenta los datos de admisión y el código cups de la actividad.					
10. Acciones individuales teniendo como base la resolución 3280 de 2018 Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal para dar respuesta al plan de cuidado en los Equipo Mas Bienestar en Hogar Hogar, Resolución 2350 del 2020 y de acuerdo a los riesgos individuales y familiares priorizados para el abordaje.			Se llevaron a cabo una total de (252) valoraciones integrales.					
11. Participar activamente en el proceso de agendamiento de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería o técnico encargado del proceso con la siguiente información: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora.			No se ejecuten acciones para este período.					
12. Valoración integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada y población de riesgo.			Se diligenciaron un total de (250) historias clínicas en atención individual dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente.					
13. Dar Cumplimiento de la gestión documental, como es el diligenciamiento de los formatos, requerimientos y demás formas documentales institucionalizadas en las Subred, que, para el caso de la prestación de servicios de salud, en atención individual es la historia clínica, que en todo caso deberá cumplir con la normatividad vigente.			Se efectuaron (250) historias clínicas correspondientes a (250) actividades individuales teniendo en cuenta los datos de admisión y el código cups de la actividad.					

14. Participar de comités, capacitaciones y todo tipo de espacio que permita el fortalecimiento de capacidades para la buena ejecución de sus actividades para el convenio y la Subred.	Se asistió a un total de (4) comités para el fortalecimiento y claridad frente a múltiples aspectos de la práctica médica correspondiente a un total de 24 horas administrativas.
15. Facilitar oportunamente, calidad y veracidad información de sus actividades con fin estadístico de los usuarios atendidos o actividades propias del convenio, para entrega de reportes y bases a nivel central o entes de control en los tiempos establecidos y direccionados por el líder y/o coordinador.	No se ejecuten acciones para este período.
16. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.	No se realizaron actividades grupales.
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	\$ 7.378.400
SIETE MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS	
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA LEYSID CORONEL AVILA C.C. 1065590694  Firma de recibido supervisor INGRID PAOLA LOZANO TORRES Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	



SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte: 2026-04-15, 06:50:31 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 85051313

Periodo Cotización: marzo de 2026

Periodo Servicio: marzo de 2026

PAGADO 15/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYS DI PAOLA CORONEL AVILA		
Documento	CC1065590694	Dirección	CR 48 #150 A - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3022874862
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.951.360	\$ 2.951.360	\$ 2.951.360	\$ 0	\$ 472.300	\$ 369.000	\$ 71.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 913.200	\$ 0	\$ 913.200

