

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: YULIETH ADRIANA CORDOBA ARRIAGA</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> CELULAR: 3503283751	<b>C.C X C.E</b> CORREO ELECTRÓNICO: adrianacordobaarriaga@gmail.com	<b>NO.</b> SEDE: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS	<b>1000517470</b> CENTRO DE COSTOS: LVSK33-2 - PIC COORDINACION LORENCITA VILLEGAS
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 488450630238	
<b>PENSIONADO:</b> SI No X			

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 9481-2025	<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 1.6																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>1267</td><td>FECHA</td><td>16/09/2025</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>40</td><td>FECHA</td><td>07/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>297</td><td>FECHA</td><td>20/02/2026</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>547</td><td>FECHA</td><td>20/04/2026</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>706</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>-</td><td>FECHA</td><td>-</td></tr> </table>	CDP 1	1267	FECHA	16/09/2025	CDP 2	40	FECHA	07/01/2026	CDP 3	297	FECHA	20/02/2026	CDP 4	547	FECHA	20/04/2026	CDP 5	706	FECHA	20/05/2026	CDP 6	-	FECHA	-	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>59160</td><td>FECHA</td><td>15/12/2025</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>8420</td><td>FECHA</td><td>23/01/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>14716</td><td>FECHA</td><td>28/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>17128</td><td>FECHA</td><td>29/04/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>21398</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>-</td><td>FECHA</td><td>-</td></tr> </table>	CRP 1	59160	FECHA	15/12/2025	CRP 2	8420	FECHA	23/01/2026	CRP 3	14716	FECHA	28/02/2026	CRP 4	17128	FECHA	29/04/2026	CRP 5	21398	FECHA	22/05/2026	CRP 6	-	FECHA	-
CDP 1	1267	FECHA	16/09/2025																																														
CDP 2	40	FECHA	07/01/2026																																														
CDP 3	297	FECHA	20/02/2026																																														
CDP 4	547	FECHA	20/04/2026																																														
CDP 5	706	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 6	-	FECHA	-																																														
CRP 1	59160	FECHA	15/12/2025																																														
CRP 2	8420	FECHA	23/01/2026																																														
CRP 3	14716	FECHA	28/02/2026																																														
CRP 4	17128	FECHA	29/04/2026																																														
CRP 5	21398	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 6	-	FECHA	-																																														

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 2.980.800	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL			<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 16.200		

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)



**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 19.164.600
VALOR EJECUTADO	\$ 13.203.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.980.800
TOTAL HORAS CONTRATADAS	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	184
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.961.600
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>68.9 %</b>

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	80643934

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> SANDRA MIREYA SÁNCHEZ CC: 52497033	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> YULIETH ADRIANA CORDOBA ARRIAGA CC: 1000517470
--	---

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-50
		VERSIÓN: 4
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	UNIDAD: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS						
No. DE CONTRATO: 9481-2025	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MIREYA SÁNCHEZ		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YULIETH ADRIANA CORDOBA ARRIAGA	DOCUMENTO: 1000517470						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 68.9 %							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1- Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad.	1. Se garantizó el registro en los formatos establecidos, incluida la verificación del antecedente vacunal en la modalidad extramural
2- Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte.	2. Se realizo gestion de verificacion de datos datos del menor y/o adulto a vacunar, verificacion de antecedente vacunal y respectivo seguimiento en aplicativo PAI distrital
3- Registrar en físico o digital, según asignación los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío de la modalidad extramural.	3. Se realiza control de temperatura de las neveras de la modalidad extramural de acuerdo con la asignación realizada por el profesional extramural.
4- Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	4. Se realiza diligenciamiento diario de los kárdex de acuerdo con lo despachado por el profesional extramural, de acuerdo con la micro planeación diaria. Se realiza dilogenciamiento de las hojas de registro PAI, Encuesta de Fiebre Amarilla, SIS 150 Adulto y Niño
5- Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de zonas intervenidas y semaforización decobertura de la táctica casa a casa.	5. De acuerdo con la asignación, se realizan los recorridos programados para la búsqueda de la población objeto, se realiza diligenciamiento de formatos asignados a la tactica.
6- Realizar sensibilización a la comunidad educativa, programar y ejecutar jornadas de vacunación en los establecimientos educativos.	6. Se realizan charlas de formacion y acitvidades hacia la poblacion objeto en los espacios designados. Se realiza sensibilizacion el la importancia del esquema de vacunacion en las instituciones educativas
7- El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables.”	7. Se hace captacion de la poblacion objeto de Canalizacion de las Rutas de Atencion Integral acorde a las necesidades requeridas
8- Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP- PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de losservicios de la Subred.”	8. Se tiene disponibilidad para realizar el desarrollo de actividades de acuerdo con los lineamientos establecidos en el convenio PS-PIC
9- 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 deretención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad.	9. Se realiza diligenciamiento de los documentos entregados por el profesional extramural para las acciones diarias programadas, así como los requeridos para la aplicacion de los biológicos, insumos y dispositivos médicos del PAI.
10- El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.	10. Se mantiene la disponibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas por el convenio PS- PIC, así como los cronogramas realizados y reportados a la SRN y la SDS
11. Garantizar el cumplimiento de coberturas de vacunación y las metas establecidas en el Programa PAI.	11. Se garantiza y se da cumplimiento a las metas establecidas según tiempo, lugar y espacio según indicaciones del Programa y la SDS
12. Cumplir con las metas de vacunación asignadas en el marco del desarrollo de las actividades programadas diariamente.	12. Se cumple las metas establecidas programadas diariamente según itinerario del Programa PAI

OBSERVACIONES:

184 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

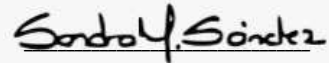
\$ 2.980.800 – DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
YULIETH ADRIANA CORDOBA ARRIAGA  
CC: 1000517470

Fecha: 31/05/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR  
SANDRA MIREYA SÁNCHEZ  
CC: 52497033

*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	1000517470	YULIETH ADRIANA CORDOBA ARRIAGA		Carrera 123#14b-70	3503283751	adrianacordobaarriaga@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80643934	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

### 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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>576.900</b>	<b>576.900</b>

