

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		TANIA XIMENA BONILLA FIGUEREDO								439364		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1034280641									
CORREO	bonillatania561@gmail.com		CELULAR	3242105176								
PROCESO:	EBEH											
SERVICIO:	EBEH		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:		3772-2026			N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP: 1	296	FECHA	20/02/2026	NUMERO DE CRP: 1	15028	FECHA	13/03/2026				

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2026		30	04	2026
TIPO SERVICIOS	Asistencial		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:	4,868,640
VALOR EJECUTADO:	3,175,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,251,800
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	139
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,693,440
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	65.22 %

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
76370600	124,100	158,800	3	24,200	0	307,100
	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:

TANIA XIMENA BONILLA FIGUEREDO
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		VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024	
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD			UNIDAD:	
No. DE CONTRATO: 3772-2026			EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	
NOMBRE DEL SUPERVISOR : INGRID PAOLA LOZANO TORRES			PERIODO CERTIFICADO	Día Mes Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA: TANIA XIMENA BONILLA FIGUEREDO			01 04 2026	30 04 2026
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO 1-GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO			DOCUMENTO	1034280641
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):				
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 presentación 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 18 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 por entes de control			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 diferentes intervenciones de ebe.			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 procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario.			Realizacion de de 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 en ebe.			Se registra en el aplicativo G-TAPS caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes que corresponda de toma territorial	
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 de ebe.			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, continuar y completar esquemas de vacunación.			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 lideres 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 autoridades internas y externas, previo requerimiento			Tener actualizado documentacion segun 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 ,dotacion institucional como carnet de acreditacion 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 Lideres 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 documentacion pertinente sin alterar ningun 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 algun cambio relevante al area encargada para poder gestionar los cambios al respecto	
OBSERVACIONES:				
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)		\$2,251,800,00	Dos millones doscientos cincuenta y un mil ochocientos pesos	
 NOMBRE Tania Ximena Bonilla Figueredo CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 1034280641		 30 4 2026 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	1034280641	TANIA XIMENA BONILLA FIGUEREDO		Cra 3 este #2d-05	3242105176	bonillatania561@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
		76370600	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$308.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	124.100	0		0		0	7	600	0	124.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	158.800	0	0	0	0	7	800	0	159.600	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	24.200				24.200	7	200	24.400			242	24.400	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	124.100	124.700
Pensión	1	158.800	159.600
Riesgos Laborales	1	24.200	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	307.100	308.700

