



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-01-02, 04:10:11 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	OLGA GUTIERREZ GARZON
CEDULA CIUDADANIA	CC 51892932
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1069260475
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1168893481
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 402.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 208.000	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 162.500	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 31.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 402.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 402.200



	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:		GUTIERREZ GARZON OLGA										365639			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		51892932							
CORREO		olgagugar@yahoo.es				CELULAR		3216841230							
PROCESO:		EBEH													
SERVICIO:		EBEH				UNIDAD:				Ferias					
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:		7886-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		1369		FECHA		30/09/2024		NÚMERO DE CRP: 1		53314		FECHA		23/10/2024	
NÚMERO DE CDP: 2		1593		FECHA		28/11/2024		NÚMERO DE CRP: 2		62881		FECHA		30/11/2024	
OBJETO:		TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA													
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					01	12	2024		09	12	2024				
TIPO SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				0					
VALOR MES		2,460,374													
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:								4,428,673							
VALOR EJECUTADO:								4,425,999							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								735,438							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								184							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								55							
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								2,674							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								99.94 %							
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									
1068731922	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200									
	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.															

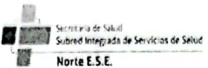
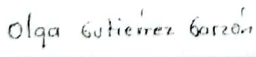
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Olga Gutiérrez Garzón

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GUTIERREZ GARZON OLGA
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-50-03						
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022						
ÁREA Y/O SERVICIO:		DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			UNIDAD:		Equipos Básicos Extramurales Hogar		
No. DE CONTRATO:	7886-2024	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID PAOLA LOZANO TORRES		1	12	2024	9	12	2024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA GUTIERREZ GARZON								
OBJETO DEL CONTRATO:	PROMOTOR TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA		DOCUMENTO:		5189232				
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %									
OBLIGACIONES ESPECIFICAS			ACTIVIDADES REALIZADAS						
1. Alistamiento y definición de territorios para la avanzada.			No se ejecutaron acciones para este periodo.						
2. Realizar acercamiento al territorio y gestión con líderes comunitarios y actores intersectoriales.			No se ejecutaron acciones para este periodo.						
3. Participar en el comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual.			No se ejecutaron acciones para este periodo.						
4. Desarrollar las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.			Se realizan 27 acciones de acuerdo a la meta socializada para el mes de diciembre 2024						
5. 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 ejecutaron acciones para este periodo.						
6. Toma de medidas antropométricas.			Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.						
7. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario.			Se realiza canalización a las diferentes rutas de mantenimiento según lo requerido del usuario según el ciclo de edad.						
8. 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 27 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de Diciembre del 2024.						
9. 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.			No se ejecutaron acciones para este periodo.						
10. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.			se realiza aplicación de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPUC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad						
11. 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.						
12. 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.						
13. 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 EBEH, acorde a las acciones realizadas.						
14. 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.						
15. 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.						
16. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.			No se ejecutaron acciones para este periodo.						
17. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.			se realizan 4 horas de fortalecimiento técnico por parte de la SDS y la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E						
OBSERVACIONES: N/A									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)			\$ 735438			SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MCTE			
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA GUTIERREZ GARZON CC. 51.892.932			 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.									