

Transacción Aprobada

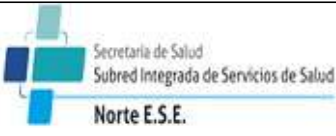
Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



| 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                                    | 2025-11-11, 08:38:13 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | octubre de 2025         |
| Periodo de Cotización Para Salud         | octubre de 2025         |
| Empresa                                  | OLGA GUTIERREZ GARZON   |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 51892932             |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                     |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1077163963              |
| Tipo de Planilla                         | I                       |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 1920445648              |
| Banco                                    | (1507) - NEQUI          |
| Valor                                    | \$ 440.500              |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                |
| Dirección IP de Origen                   | www.simple.co           |

| Nit        | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|------------|--------|----------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900336004 | 25-14  | COLPENSIONES   | 1                | \$ 227.800     | \$ 0                 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR      | 1                | \$ 178.000     | \$ 0                 |
| N890903790 | 14-11  | ARL SURA       | 1                | \$ 34.700      | \$ 0                 |
|            |        |                | SubTotales:      | \$ 440.500     | \$ 0                 |
|            |        |                | Total a Pagar:   |                | \$ 440.500           |



|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                              | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U        |                       | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                   |                       | VERSIÓN: 5            |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E |                       | PÁGINA: 1 DE 1        |                          |
| FECHA: 16/02/2018                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                       |                       |                          |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                       |                       |                          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    | GUTIERREZ GARZON OLGA |                       | 409966                   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           | Cedula                                             | No.                   | 51892932              |                          |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       | olgagugar@yahoo.es                                 | CELULAR               | 3216841230            |                          |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     | GESTION DEL RIESGO - PIL                           |                       |                       |                          |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | GESTION DEL RIESGO - PIL                           |                       | UNIDAD:               | Chapinero                |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             | 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:                                                                                                                                                                                                                               |                                                    | 8032-2025             |                       | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |
| NUMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 1268                                               | FECHA                 | 16/09/2025            | NUMERO DE CRP: 1         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       |                       | 48298                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       |                       | FECHA                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       |                       | 01/10/2025               |
| OBJETO: TECNICO 1 -AUXILIAR DE ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                       |                       |                          |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | DESDE                 | DIA                   | MES                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       | 01                    | 10                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       | 2025                  |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | HASTA                 | DIA                   | MES                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       | 31                    | 10                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                       | 2025                  |                          |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               | PIC                                                | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                       | 2,980,800             |                          |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                       | 2,980,800             |                          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                       | 2,980,800             |                          |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                       | 184                   |                          |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                       | 184                   |                          |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                       | 0                     |                          |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |                       | 0                     |                          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                       | 100.00 %              |                          |
| 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                |
| 1076358280                                                                                                                                                                                                                                                   | 178,000                                            | 227,800               | 3                     | 34,700                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 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

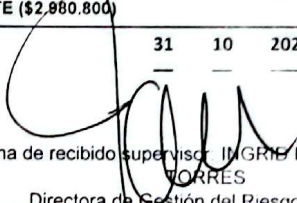
Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |  |                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|------------|------------|------------|
| <br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |  |  |                            | CÓDIGO AP-CT-F-50 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                |  |  |                            | VERSION 4         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | GESTIÓN CONTRACTUAL                                                |  |  |                            | PÁGINA : 1 DE 1   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |  | FECHA: 07/11/2024          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |  |  |                            |                   | <b>UNIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | <b>EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR</b> |            |            |            |
| <b>No. DE CONTRATO: 8032-2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |  |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b> |                   | <b>Día</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Mes</b> | <b>Año</b>                               | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |  |  |                            |                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10         | 2025                                     | 31         | 10         | 2025       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLGA GUTIÉRREZ GARZÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |  |  | <b>DOCUMENTO: 51892932</b> |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO: TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |  |  |                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |  |  |                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                          |            |            |            |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |  |                            |                   | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                          |            |            |            |
| 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 da cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, 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 vela por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                           |            |                                          |            |            |            |
| 3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                          |                                                                    |  |  |                            |                   | Se resguarda y da un 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 realiza 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. |            |                                          |            |            |            |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                     |                                                                    |  |  |                            |                   | Se asiste a reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reintroducción, programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred.                                              |            |                                          |            |            |            |
| 6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ese, sds o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |  |  |                            |                   | Se presenta soportes y auditorías programadas tanto, de la ese, sds o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                 |            |                                          |            |            |            |
| 7. Desarrollar las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |  |  |                            |                   | Se desarrollan las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.                                                                                                                                                                                            |            |                                          |            |            |            |
| 8. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBE.                                                                                                                     |                                                                    |  |  |                            |                   | Se estructuran y desarrollan sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBE.                                                                                                         |            |                                          |            |            |            |
| 9. Toma de medidas antropométricas.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realiza toma de medidas antropométricas a todos los miembros identificados en las caracterizaciones familiares.                                                                                                                                                                                          |            |                                          |            |            |            |
| 10. 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.                                                                                            |                                                                    |  |  |                            |                   | 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.                                                                                    |            |                                          |            |            |            |
| 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 realiza 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.                                            |            |                                          |            |            |            |
| 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.                                                                                                                                   |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realiza 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.                                                                                                                |            |                                          |            |            |            |
| 13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realiza aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.                                                                                                                                                                                                                       |            |                                          |            |            |            |
| 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 promueve en la población 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.                                     |            |                                          |            |            |            |
| 15. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBE.                                                                                                                                                                                          |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realizan los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBE.                                                                                                                                                                               |            |                                          |            |            |            |
| 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.                                                                                                            |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realiza 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.                                                                                               |            |                                          |            |            |            |
| 17. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |  |  |                            |                   | Se aportan datos requeridos al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                                                                     |            |                                          |            |            |            |
| 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.                                                                                                    |                                                                    |  |  |                            |                   | Se participa 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.                                                                                          |            |                                          |            |            |            |
| 19. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la subred.                                                                                                                                                                        |                                                                    |  |  |                            |                   | Se da respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la subred.                                                                                                                                                              |            |                                          |            |            |            |
| 20. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la subred.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realizan demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la subred.                                                                                                                                                                                                                            |            |                                          |            |            |            |
| 21. Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos de equipos más bienestar en hogar, conforme a los lineamientos del contrato equipos más bienestar en hogar vigente y según las necesidades de los servicios de la subred.                                                   |                                                                    |  |  |                            |                   | Se realizan las actividades a cargo del contratista se ejecutan en cualquiera de los procesos de equipos más bienestar en hogar, conforme a los lineamientos del contrato equipos más bienestar en hogar vigente y según las necesidades de los servicios de la subred.                                     |            |                                          |            |            |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. 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. | Se ejecutan 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. |
| 23. 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.                                                                  | Como contratista respondo 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.                                                                           |
| 24. 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.                                                                                            | Como contratista adelanto 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.                                                                                               |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE (\$2.080.800)**

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Olga Gutiérrez Garzón</u></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA GUTIÉRREZ GARZÓN<br/>CC: 51892932</p> | <p>31 10 2025</p> <p></p> <p>Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES<br/>Directora de Gestión del Riesgo en Salud</p> |
| <p><b>Nota:</b> Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor</p>         |                                                                                                                                                                                                                           |