| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|---|---|---|
| | | 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 | | 371320 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 51892932 |
| CORREO | olgagugar@yahoo.es | CELULAR | 3216841230 |
| PROCESO: | EBEH | | |
| SERVICIO: | EBEH | UNIDAD: | Engativa |

| 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: | 9596-2024 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1673 | FECHA | 10/12/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 64789 | FECHA | 11/12/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 104 | FECHA | 10/01/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 4471 | FECHA | 15/01/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 252 | FECHA | 31/01/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 6244 | FECHA | 31/01/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 531 | FECHA | 28/03/2025 | NÚMERO DE CRP: 4 | 18832 | FECHA | 31/03/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 561 | FECHA | 07/04/2025 | NÚMERO DE CRP: 5 | 20450 | FECHA | 09/04/2025 |

OBJETO: TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 02 | 2025 | | 28 | 02 | 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: | 15,500,356 |
| VALOR EJECUTADO: | 14,026,806 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,460,374 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 184 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 1,473,550 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 90.49 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1070394692 | 178,000 | 227,800 | 3 | 34,700 | 0 | 440,500 |
| | 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 | GUTIERREZ GARZON OLGA |
|---|---|
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | 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.

## 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** | 2025-02-12, 06:47:10 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | enero de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2025 |
| **Empresa** | OLGA GUTIERREZ GARZON |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 51892932 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1070394692 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1262658564 |
| **Banco** | (1507) - NEQUI |
| **Valor** | $ 441.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 | $ 500 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 178.000 | $ 400 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 34.700 | $ 100 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 440.500 | $ 1.000 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 441.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-GT-F-50-03<br>VERSIÓN: 3<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 19/05/2022 |
|---|---|---|

| ÁREA Y/O SERVICIO: | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | | | UNIDAD: | | Equipos Básicos Extramurales Hogar | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO | 9596-2024 | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | INGRID PAOLA LOZANO TORRES | | 01 | 02 | 2025 | 28 | 02 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | OLGA GUTIERREZ GARZON | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROMOTOR TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA | DOCUMENTO: | 51892932 | | | | | |
| 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. | comite del cuidado del equipo territorioal 07-02-2025 y 17-02-2025 |
| 4. Desarrollar las acciones previstas en los EBE de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. | Se realizan 81 acciones de acuerdo a la meta socializada para el mes de Febrero de 2025 |
| 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 usario segun 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 81 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de Febrero de 2025. |
| 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 apliacion de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, segun 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 esperadas. | 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 realiza 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 ($) | $ 2.480.374 | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE |
|---|---|---|

Olga Gutiérrez Garzón

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

GUTIERREZ GARZON OLGA

CC. 51.892.932

28 02 2025

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

Powered by CamScanner