| 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 | | 397309 |
| 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 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 792 | FECHA | 30/05/2025 | NÚMERO DE CRP: 6 | 29124 | FECHA | 31/05/2025 |

OBJETO: TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 07 | 2025 | | 31 | 07 | 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 2,539,887 | 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: | 20,874,026 |
| VALOR EJECUTADO: | 19,422,997 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,562,408 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 182 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 1,451,029 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 93.05 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1074105760 | 178,000 | 227,800 | 3 | 34,700 | 0 | 440,500 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

En esta certificación se realizó el pago del reajuste a los honorarios dando cumplimiento al Convenio 7124327/2024 EBEH suscrito con el FFDS

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** | 2025-07-12, 10:47:48 AM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | junio de 2025 |
| **Empresa** | OLGA GUTIERREZ GARZON |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 51892932 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1074105760 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1622947312 |
| **Banco** | (1507) - NEQUI |
| **Valor** | $ 442.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 | $ 900 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 178.000 | $ 700 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 34.700 | $ 200 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 440.500 | $ 1.800 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 442.300 |



**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!

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD** | | | | | **UNIDAD:** | **EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR** | | |
| **No. DE CONTRATO: 9596-2024** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES** | | 1 | 07 | 2025 | 31 | 7 | 2025 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLGA GUTIERREZ GARZON** | **DOCUMENTO: 51892932** | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO: TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERÍA** | | | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): ___100%_____** | | | | | | | | |

| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
|---|---|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | Se realizan actividades de Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH, 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 Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atenciónpara la Gestión del Riesgo en Salud soportado en aplicativo de registro establecido por SDS |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones circulares de cualquier órgano externo, reglamento interno, código o directriz interna de la subred, que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato, asistir a reuniones y fortalecimiento tecnicos convocados. |
| 3. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios,caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBEH. | *Participar en capacitaciones , comites del cuidado , reunion de equipo , socializaciones y realización* de encuestas y módulos con temas de calidad para los Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH |
| 4. Toma de medidas antropométricas. | Se realiza toma de medidas antrópometricas a todos los miembros identificados en las caracterizaciones familiares. |
| 5.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 EBEH. | Se realiza registro en aplicativo G-TAPS caracterizaciones de las familias y su núcleo familiar, incluyendo los tamizajes, planes de acción y prevención de la salud, compromisosde autocuidado en las familias|, registrando las alertas de acuerdo a las patologías de cada usuario, registro en DRIVE de manzanas de malnutrición. |
| 6. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de *EBEH.* | Se ejecutan tamizajes según el ciclo de vida de cada usuario y familia dando respuesta oportuna a las alteraciones encontradas, realizando el seguimiento a los datos arrojados en cada tamizaje,se activan las rutas de emergencia según condiciones en salud de cada usuario, se brinda educación en alertas que puedan poner en riesgo la salud y la vida de los usuarios. |
| 7. 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 EBEH.* | Se brinda educación a cada familia caracterizada en los riesgos de promoción y prevención de la salud, se realizan las fichas de notificación de acuerdo al conflicto del entorno familiar. |
| 8. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBEH. | NA |
| 9. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas,propias definidas por el equipo de gestión de los EBEH con las características de calidad y pertinencia técnica esperados. | Se entrega soportes, formatos de firmas, bases de datos, cumpliendo con el cargue en los tiempos estipulados por los directivos, lideres de apoyo, y gestores administrativos siguiendo los lineamientos de la subred. |
| 10. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente. | Se apoya la gestión administrativa en; clasificar, ordenar y conservar documentos del archivo. |
| 11. 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 realiza derivación a vacunación a los menores identificados en las caracterizaciones familiares, los cuales no cuentan con esquema de vacunación completo, pendiente por iniciar y continuar. |
| 12. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred. | Asistir a las inducciones y capacitaciones de la subred como parte de la calidad en entrega de los productos, entrega de 81 caracterizaciones del mes de Julio para cargue de la certificación y cumplimiento del contrato, entrega de actividades, entrega de soporte de planilla de pago de Aportes al sistema de seguridad social y cargue al SECOP II. |
| 13. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E. | Se realiza solicitud de agendamiento de citas a las EAPB de los usuarios identifcados y la derivación a los entrornos que según correspondan a los mienbros de la familia en los predios asignados para las actividades del ejecución del contrtato Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH |

De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS.

Para un valor de: $ 50128

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS M/CTE ($2.562.408)**

Olga Gutierrez G.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA GUTIERREZ GARZON

CC: 51892932

31 7 2025

Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Powered by CamScanner