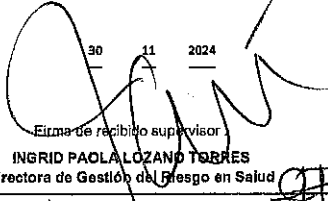
		INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 VERSIÓN: 3	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 18/05/2022	

ÁREA Y/O SERVICIO:		DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD			UNIDAD:		Equipos básicos extramurales hogar		
Nº. DE CONTRATO:	7752-2024	PERÍODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID PAOLA LOZANO TORRES		1	11	2024	30	11	2024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EVELIO VITUCAY TEQUIA								
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO		DOCUMENTO:		4814485				

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.	Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la subred, que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato
2.Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes acciones del convenio.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y módulos con temas de calidad.
3.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 actividades de fortalecimiento de capacidades con la comunidad acerca del autocuidado, enfermedades prevalentes tanto en menores de edad como en adultos y paralelamente.
4.Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.	Se realiza entrega de formato físico soporte de firmas de actividades realizadas
5.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 para abordaje desde los EBEH.	Brindar atención desde la medicina ancestral o acompañamiento a unidad asistencial en salud, de los usuarios UPI Florida y en las unidades donde se encuentran usuarios hospitalizados que lo requieran
6.Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para garantizar el desarrollo de la operación.	Los gestores tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud. Desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas.
7.Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propios de cada línea de trabajo, con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.	Se realiza entrega de formato físico soporte de firmas de actividades realizadas
8.Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.	N/A
9.Participar activamente en las jornadas y/o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.	N/A
10.Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.	Los gestores tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud. Desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas.
11.Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.	N/A

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)	\$ 2.336.590 DOS MILLONES TRESCIENTOS TRENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS

 _____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VITUCAY TEQUIA EVELIO CC.4814485	 _____ 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.

	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:		MITUCAY TEQUIA EVELIO					361249						
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		4814485							
CORREO		Vitucayevelio52@gmail.com		CELULAR		3138554076							
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:		7752-2024		N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1	1369	FECHA	18/10/2024	NÚMERO DE CRP: 1	54366	FECHA	28/10/2024						
NÚMERO DE CDP: 2	1559	FECHA	25/11/2024	NÚMERO DE CRP: 2	63293	FECHA	30/11/2024						
NÚMERO DE CDP: 3	1593	FECHA	28/11/2024	NÚMERO DE CRP: 3	62764	FECHA	30/11/2024						
OBJETO:		GESTOR COMUNITARIO											
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA 01	MES 11	AÑO 2024	HASTA	DIA 30 MES 11 AÑO 2024						
TIPO SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		0							
VALOR MES	1,845,204	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:				3,821,289									
VALOR EJECUTADO:				3,815,778									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:				2,336,590									
TOTAL HORAS CONTRATADAS:				184									
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:				233									
VALOR A LIBERAR:				0									
SALDO POR EJECUTAR:				5,511									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:				99.86 %									
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							
947501222900	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200							
	0	0		0	0								
se ajusta numero de planilla correspondiente al periodo de octubre 9476946511													
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,

Evelio Vitucay

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VITUCAY TEQUIA EVELIO
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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 4814485		VTUCAY TEQUILA EVELIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4 15 14	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3138554076	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	20241204130647638331	9476946511	I	2024/11/22	2024/12/04	BANCO AV VILLAS	12	\$405,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (4 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$1,300,000			\$31,700			\$0	\$0				
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$1,300,000			\$31,700			\$0	\$0				
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$1,300,000			\$31,700			\$0	\$0				
1	CC	4814485	VTUCAY EVELIO	230301	30	\$208,000	EPSC34	30		\$162,500		0		\$0	14+23	30		\$1,300,000			\$31,700	0		\$0	\$0				
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$1,300,000			\$31,700			\$0	\$0				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 4814485		VTUCAY TEQUILA EVELIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4 15 14	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	313854076	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	20241204130647638331	9476946311	I	2024/11/22	2024/12/04	BANCO AV VILLAS	12	\$405,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$208,000	\$1,800	\$0	\$209,800
PORVENIR		230301	800,274,808	8	1	\$208,000	\$1,800	\$0	\$209,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$31,700	\$300	\$0	\$32,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$300	\$0	\$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$162,500	\$1,400	\$0	\$163,900
CAPITAL SALUD		EPSC34	900,298,372	9	1	\$162,500	\$1,400	\$0	\$163,900
TOTAL				1	1	\$402,200	\$3,500	\$0	\$405,700