

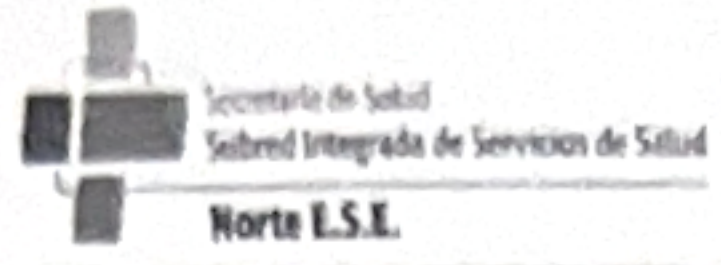
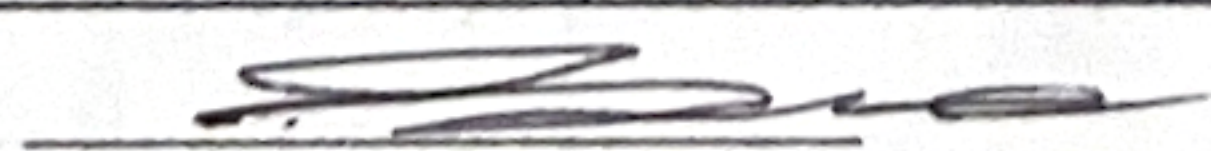
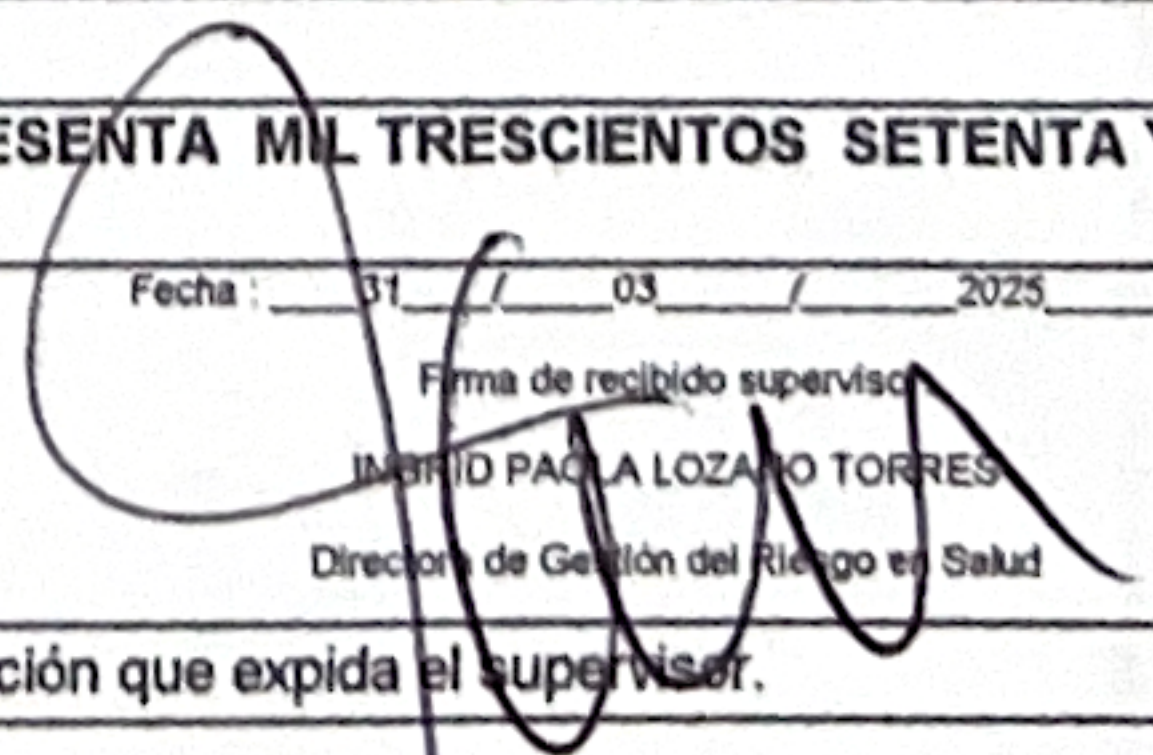
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								CÓDIGO: AP-CT-F-16-05								
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E								VERSIÓN: 5								
									PÁGINA: 1 DE 1								
								FECHA: 16/02/2018									
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GUEVARA VERA MONICA ANDREA								376235							
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		1110459247									
CORREO		null				CELULAR		null									
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:		9597-2024				N° DE PAGOS DEL CONTRATO											
NÚMERO DE CDP: 1		1673		FECHA		10/12/2024		NÚMERO DE CRP: 1		64790		FECHA		11/12/2024			
NÚMERO DE CDP: 2		104		FECHA		10/01/2025		NÚMERO DE CRP: 2		4472		FECHA		15/01/2025			
NÚMERO DE CDP: 3		252		FECHA		31/01/2025		NÚMERO DE CRP: 3		6245		FECHA		31/01/2025			
NÚMERO DE CDP: 4		531		FECHA		28/03/2025		NÚMERO DE CRP: 4		18833		FECHA		31/03/2025			
NÚMERO DE CDP: 5		561		FECHA		07/04/2025		NÚMERO DE CRP: 5		20451		FECHA		09/04/2025			
OBJETO:		TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA															
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA		MES		AÑO		HASTA	DIA		MES		AÑO	
					01		03		2025			31		03		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:								11,566,432									
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:								3,933,924									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								74.62 %									
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											
1070274384	178,000	227,800	3	34,700	28,500	469,000											
	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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GUEVARA VERA MONICA ANDREA
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			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.					VERSIÓN: 4			
	GESTIÓN CONTRACTUAL					PÁGINA : 1 DE 1			
					FECHA: 07/11/2024				
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					UNIDAD:		Equipos Basicos Extramurales Hogar		
No. DE CONTRATO: 9597-2024		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES				1	03	2025	31	3	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MONICA ANDREA GUEVARA VERA		DOCUMENTO: 1110459247							
OBJETO DEL CONTRATO: TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERÍA									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%									
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS				
1. Desarrollar las acciones previstas en los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.					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.				
2. 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 , comités del cuidado , reunion de equipo , socializaciones y realización de encuestas y módulos con temas de calidad para los Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH				
3. Toma de medidas antropométricas.					Se realiza toma de medidas antropométricas a todos los miembros identificados en las caracterizaciones familiares.				
4. 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 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 atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en aplicativo de registro establecido por SDS				
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, compromisos de autocuidado en las familias, registrando las alertas de acuerdo a las patologías de cada usuario, registro en DRIVE de manzanas de malnutrición.				
6. 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 realizan caracterizaciones de familias en zonas Abordaje Territorial y se realiza respectiva canalización según requerimiento o clasificación de riesgo de cada usuario.				
7. 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.				
8. 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.				
9. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBEH.					NA				
10. 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, líderes de apoyo, y gestores administrativos siguiendo los lineamientos de la subred.				
11. 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.				
12. 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.				
13. 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 Marzo 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.				
14. 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 identificados y la derivación a los entornos que según correspondan a los miembros de la familia en los predios asignados para las actividades del ejecución del contrato Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH				
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) \$2,460,374 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE									
 MONICA ANDREA GUEVARA VERA CC: 1110459247					Fecha : 31 / 03 / 2025  Firma de recibido supervisor INGRID PAOLA LOZANO TORRES Dirección de Gestión del Riesgo en Salud				
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.									

PAGADO 10/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA ANDREA GUEVARA VERA		
Documento	CC1110459247	Dirección	CR 18N #63 C - 31 BIS SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3144355324
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SGE	LMC	AVC	AVP	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1110459247	MONICA ANDREA GUEVARA VERA	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF21) CAFAM	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 0	\$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!