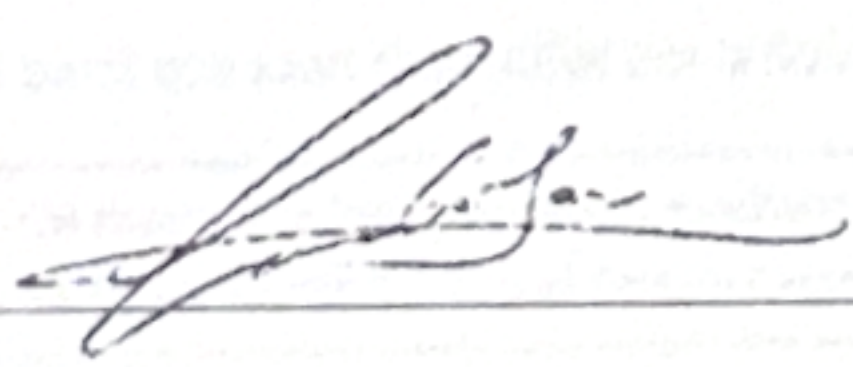


	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						VERSIÓN: 4				
							PÁGINA: 1 DE 1				
						FECHA: 07/11/2024					
AREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD						UNIDAD:		Equipos Básicos Extramurales Hogar			
No. DE CONTRATO: 6008-2025				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES						1	08	2025	31	08	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGI DANIELA SANCHEZ GAITAN				DOCUMENTO: 1016002158							
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA											
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%											
OBLIGACIONES ESPECIFICAS						ACTIVIDADES REALIZADAS					
1. 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 Agosto 2025					
2. 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					
3. Toma de medidas antropométricas.						Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.					
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 realiza canalización a las diferentes rutas de mantenimiento según lo requerido del usuario según el ciclo de edad.					
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 EBE.						Se registra en el aplicativo G-TAPS caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de Agosto 2025 de toma territorial					
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.						No se ejecutaron acciones para este periodo.					
7. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.						Se realiza aplicación de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad.					
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 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.					
9. 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.					
10. 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 esperados.						Se realizan entrega de formatos de firmas de EBEH, acorde a las acciones realizadas.					
11. 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.					
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.						No se ejecutaron acciones para este periodo.					
13. 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.					
14. Demás acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.						Se realizan 24 horas de fortalecimiento técnico por parte de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E					
De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento 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: \$ 0											
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)				\$ 2.526.132				DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL CEINTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE			
						Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestión del Riesgo en Salud					
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGI DANIELA SANCHEZ GAITAN CC 1016002158											
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:		ANGI DANIELA SANCHEZ GAITAN						400994
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula		No.		1016002158		
CORREO		3203980735		CELULAR		angi.daniela162005@gmail.		
PROCESO:		EBEH						
SERVICIO:		EBEH		UNIDAD:		Ferias		
CENTRO DE COSTOS	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:		6008-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	252	FECHA	31/01/2025	NÚMERO DE CRP: 1	29785	FECHA	09/06/2025	
NÚMERO DE CDP: 2	1167	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 2	40584	FECHA	31/08/2025	
OBJETO:		TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA 01	MES 08	AÑO 2025	HASTA	DIA 31	MES 08
								AÑO 2025
TIPO SERVICIOS		PIC	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:					6,570,655			
VALOR EJECUTADO:					6,556,900			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:					2,526,132			
TOTAL HORAS CONTRATADAS:					184			
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:					183			
VALOR A LIBERAR:					0			
SALDO POR EJECUTAR:					13,755			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:					99.79 %			
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		
88945964	178,000	227,800	3	7,500	0	413,300		
89116937	0	0		27,200	0	27,200		
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:

ANGI DANIELA SANCHEZ GAITAN
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 DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88945964	\$413.300	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	178.000	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016002158	ANGI DANIELA SANCHEZ GAITAN		Carrera24b 44 38sur	6013626257	tramitessegusocial@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88945964	\$413.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1016002158	SANCHEZ GAITAN ANGI DANIELA	57	0			N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA