

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: YOMARA COY ORTIZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	33219061
CELULAR: 3108647179	CORREO ELECTRÓNICO: yomaortiz13@hotmail.com	SEDE: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS	CENTRO DE COSTOS: LVS33-2 - PIC COORDINACION LORENCITA VILLEGAS
PROCESO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 4870345594	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 7860-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1						
CDP 1	1267	FECHA	16/09/2025	CRP 1	48130	FECHA	01/10/2025
CDP 2	1694	FECHA	25/11/2025	CRP 2	56024	FECHA	30/11/2025
CDP 3	1808	FECHA	19/12/2025	CRP 3	62951	FECHA	19/12/2025
CDP 4	48	FECHA	08/01/2026	CRP 4	1238	FECHA	19/01/2026
CDP 5	297	FECHA	20/02/2026	CRP 5	14116	FECHA	28/02/2026
CDP 6	706	FECHA	20/05/2026	CRP 6	20956	FECHA	22/05/2026

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	HASTA
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
	01 07 2026	31 07 2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.980.800	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 16.200
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)		

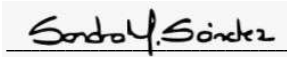
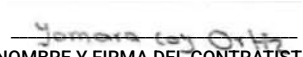
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 29.808.000
VALOR EJECUTADO	\$ 26.827.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.980.800
TOTAL HORAS CONTRATADAS	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	184
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.980.800
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90.0 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	9507039281

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Julio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR SANDRA MIREYA SÁNCHEZ CC: 52497033	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA YOMARA COY ORTIZ CC: 33219061
---	---

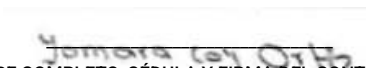
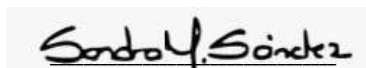
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50			
							VERSIÓN: 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS						
No. DE CONTRATO: 7860-2025				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MIREYA SÁNCHEZ					01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YOMARA COY ORTIZ				DOCUMENTO: 33219061						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución										
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 90.0 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1- Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad.					1. Se garantizó el registro en los formatos establecidos, incluida la verificación del antecedente vacunal en la modalidad extramural					
2- Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte.					2. Se realizo gestion de verificacion de datos datos del menor y/o adulto a vacunar, verificacion de antecedente vacunal y respectivo seguimiento en aplicativo PAI distrital					
3- Registrar en físico o digital, según asignación los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío de la modalidad extramural.					3. Se realiza control de temperatura de las neveras de la modalidad extramural de acuerdo con la asignación realizada por el profesional extramural.					
4- Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.					4. Se realiza diligenciamiento diario de los kárdex de acuerdo con lo despachado por el profesional extramural, de acuerdo con la micro planeación diaria. Se realiza dilogenciamiento de las hojas de registro PAI, Encuesta de Fiebre Amarilla, SIS 150 Adulto y Niño					
5- Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de zonas intervenidas y semaforización decobertura de la táctica casa a casa.					5. De acuerdo con la asignación, se realizan los recorridos programados para la búsqueda de la población objeto, se realiza diligenciamiento de formatos asignados a la tactica.					
6- Realizar sensibilización a la comunidad educativa, programar y ejecutar jornadas de vacunación en los establecimientos educativos.					6. Se realizan charlas de formacion y acitivdades hacia la poblacion objeto en los espacios designados. Se realiza sensibilizacion el la importancia del esquema de vacunacion en las instituciones educativas					
7- El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables."					7. Se hace captacion de la poblacion objeto de Canalizacion de las Rutas de Atencion Integral acorde a las necesidades requeridas					
8- Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP- PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de losservicios de la Subred."					8. Se tiene disponibilidad para realizar el desarrollo de actividades de acuerdo con los lineamientos establecidos en el convenio PS-PIC					
9- Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas. de acuerdo a las tablas deretención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad.					9. Se realiza diligenciamiento de los documentos entregados por el profesional extramural para las acciones diarias programadas, así como los requeridos para la aplicacion de los biológicos, insumos y dispositivos médicos del PAI.					
10- El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias,emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.					10. Se mantiene la disponibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas por el convenio PS- PIC, así como los cronogramas realizados y reportados a la SRN y la SDS					
11.Garantizar el cumplimiento de coberturas de vacunación y las metas establecidas en el Programa PAI.					11. Se garantiza y se da cumplimiento a las metas establecidas según tiempo, lugar y espacio según indicaciones del Programa y la SDS					
12.Cumplir con las metas de vacunación asignadas en el marco del desarrollo de las actividades programadas diariamente.					12. Se cumple las metas establecidas programadas diariamente según itinerario del Programa PAI					

OBSERVACIONES:

184 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 2.980.800 — DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA YOMARA COY ORTIZ CC: 33219061	Fecha: 31/07/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR SANDRA MIREYA SÁNCHEZ CC: 52497033
--	---

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																									
Identificación			dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																
CC 33219061				COY ORTIZ YOMARA					INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			CALLE 3 SUR N 69 D-34			BOGOTA-BOGOTA D.E.			4756954		No																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																									
Periodo			Clave					Tipo		Fecha					Pago																										
Pensión		Salud	Pago			Planilla			Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor																					
2026-06		2026-06	93009667			9507039281			I		2026/07/15		2026/07/09		BANCO DE OCCIDENTE			0		\$541,800																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES						
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	hsp	pcor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																									
1	CC	33219061	COY YOMARA																			230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	
Total Afiliados(1)																																									

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800