EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS**		
	PROCESO: GESTION JURIDICA	CÓDIGO	JUR-FTO-01
		VERSIÓN	5
		VIGENCIA	25/01/2021

INFORMACION DEL CONTRATO					
(06) No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	**641**	**(022) CDP**	**1070**	**(023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	**$19.200.000**
(07) NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO				**(08) IDENTIFICACIÓN: 1018421969**	
(024) INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	**EL CONTRATISTA HA MANIFESTADO QUE NO SE ENCUENTRA EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD SOBREVINIENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO**				

(010)OBJETO:	**(03) FECHA DE INICIO CONTRATO**			**(04) FECHA TERMINACION DEL CONTRATO**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL, EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO 1873-2023 CUYO OBJETO ES REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	**15/05/2023**			**31/12/2023**		

(025) SUBGERENCIA	**COMUNITARIA**	**(026) Centro de Costo (área)**	**K32L PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PYP SALUD PUBLICA**
(027) VALOR ADICIONES		**(028) N° CDP -FECHA**	
(029) VALOR ADICIONES		**(030) N° CDP -FECHA**	
(031) VALOR ADICIONES		**(032) N° CDP -FECHA**	
(033) VALOR ADICIONES		**(034) N° CDP -FECHA**	
(035) PRORROGAS		**(036) FECHA PRORROGA**	
(037) MODIFICACIONES:		**(038) FECHA MODIF.**	

INFORMACION SUPERVISOR	
(039) NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO	**IVONNE MARCELA BELLO RODRIGUEZ**
(040) CARGO	**SUBGERENTE COMUNITARIA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR: El suscrito supervisor del contrato de prestación de servicios, certifica que el contratista en mención cumplió a satisfacción con las obligaciones y/o actividades contratadas y estipuladas en el objeto de contrato durante el periodo correspondiente. Lo anterior para efectos de pago.

NOVEDADES:

EJECUCION DEL CONTRATO

(041) VALOR A CERTIFICAR EN EL PERIODO	**$2.400.000**	**(042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO:**	**$0**
PERIODO A CERTIFICAR	**(043)** DESDE **(01/12/2023)**	**(05) CUENTA DE COBRO No.**	**641-08**
	(044) HASTA **(31/12/2023)**	**(0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO**	**31/12/2023**
ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE **(045) DICIEMBRE 2023**			
(046) EJECUCION ACUMULADA:	**$19.200.000**	**(047) SALDO POR EJECUTAR**	**$0**

Evaluación a las actividades suscritas:

CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR	
(048)	**(049)**
"Actividades específicas contratadas" :1. Identificación y gestión del riesgo a familias nue hogar en los microterritorios asignados.2. Captación la ruta de atención integral in situ de los microterrito ser de manera articulada entre los EBS y los EBC p Colectivas, este proceso será acompañado por el per tiempos establecidos, NO SE PERMITE el abordaje INDIVIDUAL o fuera de los barridos que se realice integral a través de la Ficha de la Atención Integral Comunitario por medio de tamizaje, realizar el segu información para la identificación temprana de sinto comunidad de los microterritorios asignados seguim pertinente.6. Realizar acciones de información para prevención de enfermedades transmisibles TB – IRA asignados seguimiento al plan de cuidado familiar y familias con niños y niñas menores de 10 años con r la comunidad de los microterritorios asignados, segu pertinente.8. Realizar apoyo y demanda inducida en Ministerio de Salud y Protección Social y/o por la s prevención de enfermedades inmunoprevenibles - C de tapabocas y lavado de manos en los microterritor infecciones de transmisión sexual (sífilis/VIH) en p trabajadores informales, actividades sexuales pagas, microterritorios asignados, seguimiento al plan de c participar activamente en brigadas, jornadas de salu ESE y Secretaria de Salud del Municipio de Soacha requeridos por parte de la ESE. y/o la Secretaría de cumplimiento del contrato.12. El contratista deberá	1. Identificación y gestión del riesgo a familias nuevas re hogar en los microterritorios asignados 44 visitas efectiva 2. Asistí a las reuniones de asistencias técnicas y preaudi 3. Sistematización bases de datos de los productos realiza sensibilización y/o capacitaciones convocadas. 5. Asistí a reuniones convocada. 6. Entrega mensual de cronograma de actividades 7. El contratista velara por la custodia, manejo cuidado d 8. Organización del archivó Y/o de la custodia de los doc 9. no me fueron programadas en el mes de diciembre jorn de Salud y Protección Social y/o por la Secretaria de Salu de enfermedades inmunoprevenibles. 10. no me fueron programadas en el mes de diciembre A riesgo, así como búsqueda activa de casos sospechosos (s La presentación de soportes con tachones, enmendaduras definitiva del 50% sobre el valor facturado por el produc los criterios de calidad en las bases de datos generara una Cumplí con el pago del mes de diciembre de mi segurida actividades programadas. 13. Las fallas reiterativas en la contractual. 14. El contratista velara por la custodia, man 15. Organización del archivó Y/o de la custodia de los do

por la referente del programa, los productos realizad asignados a la referente y/o a la persona encargada d cuidado familiar y a su respectiva canalización a las documental como son: organización, foliación y cor a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno d consolidación de fichas de caracterización familiar. actividades asignadas durante el periodo de ejecució evidencia correspondiente y justificará el pago de lo En caso de incumplimiento total o parcial de las act plan de mejora para subsanar el cumplimento, cuand esperados y acordes al objeto contractual el supervis anticipada unilateral del contrato con la debida glos posterior liquidación, actuación que se aprueba por Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaci requiera ser compartido por parte de la Referente o	

Se expide a los: (050) 31 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023

En caso de ser referente debe tener la aprobación de calidad y de planeación en cuanto a las labores realizadas.
Aprobación Calidad: C.C
Aprobación Planeación: C.C

(051) KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO _____ **FIRMA CONTRATISTA** **CC: 1018421969**	**IVONNE MARCELA BELLO RODRIGUEZ** _____ **FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO** **53095538** **SUBGERENTE COMUNITARIA**
(052) _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (053)**	**(054)** _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (055)**