

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------|------------------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                          | Versión             |                 | 3             |               |  |         |  |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |       |                                          | Fecha de aprobación |                 | 2/15/2018     |               |                                                                                     |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                          | Código:             |                 | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |         |  |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       | GINA ALEXANDRA ESTUPIÑAN MINA            |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |       | C.C                                      | X                   | C.E             | No.           |               | 1014216260                                                                          |         |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |       | ginna.alesmi@hotmail.com                 |                     |                 |               | CELULAR:      |                                                                                     | 9247537 |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       |                                          |                     | SUBRED          |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       | PIC EDUCATIVO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                 |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED  |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Centro de costo          | %     |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | FO09K29                  | 100   |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BBVA COLOMBIA S.A        |       |                                          |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO        |                                                                                     |         |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |       | 74088287                                 |                     |                 |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO      |  |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | 1406  |                                          |                     | VIGENCIA        |               |               | 2024                                                                                |         |  |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 684                      | FECHA | 2024-02-28 00:00:00.000                  | NÚMERO DE CRP       |                 | 19899         | FECHA         | 2024-03-06 00:00:00.000                                                             |         |  |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |       | DESDE                                    | FECHA INICIAL       |                 | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                     |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                          | 2024-03-01          |                 |               | 2024-03-31    |                                                                                     |         |  |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       |                                          | \$2,460,374         |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                      |       | RESERVA DE GLOSA 0%                      |                     |                 |               | N/A           |                                                                                     |         |  |  |
| 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | VALORES       |                                                                                     |         |  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | \$7,381,122   |                                                                                     |         |  |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | \$4,920,748   |                                                                                     |         |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | \$2,460,374   |                                                                                     |         |  |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | \$0           |                                                                                     |         |  |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | \$2,460,374   |                                                                                     |         |  |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               | 67%           |                                                                                     |         |  |  |
| El intervisor 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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC |       | APORTE PENSION 16% IBC                   |                     | NIVEL ARL       | APORTE ARL    | TOTAL APORTES |                                                                                     |         |  |  |
| 1061297644                                                                                                                                                                                                                                                   | \$984,150         | \$123,019                |       | \$157,464                                |                     | 3               | \$23,974      | \$304,457     |                                                                                     |         |  |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| ISLENA TORRES ACOSTA<br>51840427<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |       |                                          |                     |                 |               |               |                                                                                     |         |  |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRODUCTOS                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Diligenciamiento diario de drive con llamadas a niños pendientes de vacunación de colegios privados y publicos.                                                                                                                                                                    | Drive diligenciado diariamente de niños sin vacunación con datos actualizados.                                                                          |
| 2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente.                                                                                                                                                                                                                       | Registro semanal 60 llamadas efectivas y asistencias y técnicas programadas en colegio y jardines privados                                                                                                                                                                         | Registro semanal de llamadas tanto fallidas como efectivas.                                                                                             |
| 3. Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado.                                                                                                                                                                     | Se diligencian los archivos de control y registro de actividades programadas para el mes, para posterior revisión de los líderes de equipos                                                                                                                                        | Se diligencia drive, actividades de acompañamiento y registro de actividades programadas para el mes, para posterior revisión de los líderes de equipos |
| 4. Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá.                                                                                                                                                                                               | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                          | No aplica                                                                                                                                               |
| 5. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS                                                                                                                                                                                                                          | Registro de menores sin vacunación canalizar, direccionar a grupo de pai o a la eps segun corresponda.                                                                                                                                                                             | Registro de menores sin vacunación canalizar, direccionar a grupo de pai o a la eps segun corresponda.                                                  |
| 6. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                          | No aplica                                                                                                                                               |
| 7. Notificar todos los eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                          | No aplica                                                                                                                                               |
| 8. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                               | En caso de identificarse menores prioritarios para canalización, se ejecutará dicha acción                                                                                                                                                                                         | según requerimiento                                                                                                                                     |
| 9. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Diligenciamiento diario de drive con llamadas a niños pendientes de vacunación de colegios privados                                                                                                                                                                                | Drive o aplicacion diligenciado diariamente de niños sin vacunacion y/o crecimiento y desarrollo                                                        |
| 10. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No aplica para el mes.                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes.                                                                                                                                  |
| 11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                         | No aplica para el mes.                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes.                                                                                                                                  |
| 12. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). 1                                                                                                                      | Se realiza revisión de lineamientos y sus actualizaciones en asistencias tecnicas y de forma virtual                                                                                                                                                                               | Diligenciamiento listado participación de la reunión correspondiente a la actualización de lineamientos                                                 |
| 13. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes.                                                                                                                                                                                                                              | hacer captacion de las gestantes y o menores de 5 años verificando sus esquemas de vacunacion durante las jornadas asignadas o mediante seguimiento telefonico, dar previo aviso al programa de gestantes o mediante canalizacion                                                  | según requerimiento                                                                                                                                     |
| 14. Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                         | Se diligencian los archivos de control y registro de actividades programadas para el mes, para posterior revisión de los líderes de equipos                                                                                                                                        | Se diligencia drive, actividades de acompañamiento y registro de actividades programadas para el mes, para posterior revisión de los líderes de equipos |
| 15. Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes.                                                                                                                                                                                                                                                                      | diligenciar oportunamente informacion solicitada por la subred sur occidente y SDS                                                                                                                                                                                                 | diligenciar encuestas enviadas por el lider para manejo de informacion según lo requerido                                                               |
| 16. Fortalecer las capacidades a profesionales de la salud en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas                                                                                                                                                                                     | Priorizar atencion a usuarios con condiciones cronicas para educar frente a la importancia de alimentacion saludable y actividad fisica dentro del hogar. Adicional educar a la poblacion frente al cuidado y prevencion del sarampion rubeola covid 19 y crecimiento y desarrollo | según requerimiento del usuario                                                                                                                         |

ISLENA TORRES ACOSTA  
51840427  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente