

|                                                                                  |                                          |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|------------|
|  | <b>CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS</b> |          |            |
|                                                                                  | PROCESO: GESTION JURIDICA                | CÓDIGO   | JUR-FTO-01 |
|                                                                                  |                                          | VERSIÓN  | 5          |
|                                                                                  |                                          | VIGENCIA | 25/01/2021 |

| INFORMACION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                                                                                                |                              |                                 |                               |                                     |            |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------|-----|-----|
| (06) No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 950         | (022) CDP                                                                                                                      | 1730                         | (023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO: |                               | \$12.000.000                        |            |     |     |
| (07) NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON DAVID PATARROYO MOGOLLON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                |                              | (08) IDENTIFICACIÓN: 1007333592 |                               |                                     |            |     |     |
| (024) INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | EL CONTRATISTA HA MANIFESTADO QUE NO SE ENCUENTRA EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD SOBREVINIENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO |                              |                                 |                               |                                     |            |     |     |
| (010)OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1032 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD |             |                                                                                                                                |                              | (03) FECHA DE INICIO CONTRATO   |                               | (04) FECHA TERMINACION DEL CONTRATO |            |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                                                                                                |                              | DÍA                             | MES                           | AÑO                                 | DÍA        | MES | AÑO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                                                                                                |                              | 17/07/2024                      |                               |                                     | 19/12/2024 |     |     |
| (025) SUBGERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | COMUNITARIA |                                                                                                                                | (026) Centro de Costo (área) |                                 | K34L EQUIPOS BASICOS DE SALUD |                                     |            |     |     |
| (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 | <b>YBON FLORIDO ALVAREZ</b>   |
| (040) CARGO                                      | <b>SUBGERENTE COMUNITARIA</b> |

**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 | \$1.200.000 | (042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO: | \$0 |

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.  
email: [hmgysocha@yahoo.com](mailto:hmgysocha@yahoo.com) - [hsoacha@cundinamarca.gov.co](mailto:hsoacha@cundinamarca.gov.co)  
PBX 7309230 Ext. 2007 - 2009 Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-4  
Soacha –Cundinamarca-.

**Que Progres!**



|                                                                                  |                                          |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|------------|
|  | <b>CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS</b> |          |            |
|                                                                                  | PROCESO: GESTION JURIDICA                | CÓDIGO   | JUR-FTO-01 |
|                                                                                  |                                          | VERSIÓN  | 5          |
|                                                                                  |                                          | VIGENCIA | 25/01/2021 |

|                                                                                                                                        |                          |                                    |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------|
| PERIODO A CERTIFICAR                                                                                                                   | (043) DESDE (17/07/2024) | (05) CUENTA DE COBRO No.           | 950-01       |
|                                                                                                                                        | (044) HASTA (31/07/2024) | (0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO | 14/8/2024    |
| ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE (045) <b>ANEXO CERTIFICADO DE AFILIACION EPS, ARL, PENSIONES</b> |                          |                                    |              |
| (046) EJECUCION ACUMULADA:                                                                                                             | \$1.200.000              | (047) SALDO POR EJECUTAR           | \$10.800.000 |

Evaluación a las actividades suscritas:

**CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR**

| (048)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (049)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Participar en el proceso de inducción 2. Entrega de cronograma de actividades a realizar 3. Entrega mensual de informes con sus respectivos soportes 4. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada Micro territorio 5. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas 6. Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio 7. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación 8. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados 9. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores 10. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorio asignado 11. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí</p> | <p>1. Participe en el proceso de inducción 2. Se realizo entrega cronograma de actividades a realizar. 3. se hace entrega actividades del mes de julio de informes con sus respectivos soportes 4. Se realizo mapeo y cartografia social dos acompañamientos en reconocimiento del territorio barrio quintas de santa Ana 1 Etapa 5. se realizó apertura del barrio Quintas de santa etapa manzana 1 6. Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio en el barrio quintas de santa Ana 7. se realizo canalizaciones a personas sin aseguramiento 8. 8. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados de 15 familias abordadas soporte en ficha survey 9. Se realiza el cargue en la Ficha survey 15 familias abordadas 10. Se realiza el cargue en la Ficha survey 15 familias abordadas 11. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado Se realiza el cargue en la Ficha survey 15 familias abordadas 12. se Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus</p> |

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.  
email: [hmgysocha@yahoo.com](mailto:hmgysocha@yahoo.com) - [hsoacha@cundinamarca.gov.co](mailto:hsoacha@cundinamarca.gov.co)  
PBX 7309230 Ext. 2007 - 2009 Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-4  
Soacha –Cundinamarca-.

**Que Progres!**



# CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS

PROCESO: GESTION JURIDICA

CÓDIGO

JUR-FTO-01

VERSIÓN

5

VIGENCIA

25/01/2021

mismo, de los demás y de su entorno 12. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 13. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. 14. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 15. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 16. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y micro territorios abordados por el equipo

necesidades

13. No hubo necesidad de canalizar a otros sectores

14. No procede seguimiento en el momento ya que se inicia con visitas nuevas

15. Se digitalizo en la plataforma Survey del Ministerio de Salud y Protección Social

16. Se Convoca, implementa y realiza seguimiento a espacios de participación social y popular barrios y micro territorios abordados por el equipo

Se expide a los: (050) **14 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024**

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) JHON DAVID PATARROYO MOGOLLON

FIRMA CONTRATISTA

CC: 1007333592

YBON JAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ

FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO

52902877

SUBGERENTE COMUNITARIA

(052)

FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION

CC. NO. (053)

(054)

FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION

CC. NO. (055)

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

email: [hmgysocha@yahoo.com](mailto:hmgysocha@yahoo.com) - [hsoacha@cundinamarca.gov.co](mailto:hsoacha@cundinamarca.gov.co)

PBX 7309230 Ext. 2007 - 2009 Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-4

Soacha -Cundinamarca-.

**Que Progres!**

