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	719	(022) CDP	1474	(023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$12.000.000
(07) NOMBRE DEL CONTRATISTA: IBIS JOHANA CORTÉS CASTILLO				(08) IDENTIFICACIÓN: 59686470	
(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
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	16/07/2024			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	YBON JAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ
(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	$1.128.000	(042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO:	$0

PERIODO A CERTIFICAR	**(043)** DESDE **(01/10/2024)**	**(05) CUENTA DE COBRO No.**	**719-04**
	(044) HASTA **(31/10/2024)**	**(0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO**	**1/11/2024**

ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE **(045) SEPTIEMBRE 2024**

(046) EJECUCION ACUMULADA:	**$5.928.000**	**(047) SALDO POR EJECUTAR**	**$6.072.000**

Evaluación a las actividades suscritas:

CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR	
(048)	**(049)**
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	1. Participe en la capacitación de aiepi 2. Se realizo entrega cronograma de actividades a realizar. 3. se hace entrega actividades del mes de octubre de informes con sus respectivos soportes 4. Se realizo mapeo y cartografía social acompañamientos en reconocimiento del territorio quintas de santa ana etapa IV 5. se realizó apertura quintas de santa ana etapa IV 6. Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio en quintas de santa ana etapa IV 7. se realizo canalizaciones a personas sin aseguramiento 8. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados de 47 familias abordadas soporte en ficha survey 9. Se realiza el cargue en la Ficha survey 47 familias abordadas 10. Se realiza el cargue en la Ficha survey 47 familias abordadas 11. Se brindo educación y cargue en la

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	Ficha survey a 47 familias abordadas 12. se Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades 13. No hubo necesidad de canalizar a otros sectores 14. No procede seguimiento en el momento solo 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 por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo

Se expide a los: (050) 1 DIA DEL MES DE NOVIEMBRE 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) IBIS JOHANA CORTÉS CASTILLO _____ **FIRMA CONTRATISTA** **CC: 59686470**	**YBON YAZBLEYDY FLORIDO ALVAREZ** _____ **FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO** **52902877** **SUBGERENTE COMUNITARA**
(052) LYDA YICEL CIFUENTES RODRIGUEZ _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (053) 52928619**	**(054)** _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (055)**