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	710-2024	(022) CDP	1431 DEL 8 DE JULIO DE 2024	(023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	30.000.000
(07) NOMBRE DEL CONTRATISTA: CLAUDIA BUSTOS BASALLO				(08) IDENTIFICACIÓN: 1074958495	
(024) INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	EL CONTRATISTA HA MANIFESTADO QUE NO SE ENCUENTRA EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD SOBREVINIENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO				

(010)OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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	(03) FECHA DE INICIO CONTRATO			(04) FECHA TERMINACION DEL CONTRATO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	19/07/2024			19/12/2024		

(025) SUBGERENCIA	COMUNITARIA	(026) Centro de Costo (área)	K34L
(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 YAZBLEIDY 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	6.000.000	(042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO:	0

PERIODO A CERTIFICAR	**(043)** DESDE **(01/10/2024)**	**(05) CUENTA DE COBRO No.**	**710-04**
	(044) HASTA **(31/10/2024)**	**(0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO**	**01 DE NOVIEMBRE DE 2024**
ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE **(045) SEPTIEMBRE 2024**			
(046) EJECUCION ACUMULADA:	**24.000.000**	**(047) SALDO POR EJECUTAR**	**6.000.000**

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 de informes y soportes 4. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada Micro territorio 5. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de Afiliación 6. Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familio grama, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT d) Ecomapa 7. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados 8. 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 9. Identificar las prioridades de respuesta	1. participé en el proceso de inducción 2. Entregué el cronograma de actividades 3. Entregué los informes y soportes 4. Realicé mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada Micro territorio 5. Identifiqué personas no afiliadas al sistema de salud y gestioné el trámite de Afiliación 6. Realicé Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familio grama, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT d) Ecomapa 7. hice la Identificación de las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados 8. Formulé 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 9. Identifiqué las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por

individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorio asignado

10. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública
11. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud
12. 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 mismo, de los demás y de su entorno
13. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
14. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.
15. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.
16. Las demás actividades que sean designadas por el supervisor, que se encuentren en el marco del cumplimiento del objeto contractual.

micro territorio asignado

10. Gestioné la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina
11. Gestioné el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud
12. Brindé 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 mismo, de los demás y de su entorno
13. Informé a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
14. Canalicé a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.
15. Realicé seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.

Se expide a los: (050) 1 DIAS 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) CLAUDIA BUSTOS BASALLO _____ **FIRMA CONTRATISTA** **CC: 1074958495**	**YBON YAZBLEYDY FLORIDO ALVAREZ** _____ **FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO** **52902877** **SUBGERENTE COMUNITARA**
(052) NUBIA DEL PILAR GARCIA AREVALO _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (053) 52249231**	**(054)** _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (055)**