

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|-----------------|------------|--------------------------|------|------------------|-----|-------------------|-----------------------|-----------------|---|------------|--|
|                                                                                                                                                                               | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   | VERSIÓN: 5            |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   | PÁGINA: 1 DE 1        |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     | FECHA: 16/02/2018 |                       |                 |   |            |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | ACUÑA CERVANTES NIDIA ESTHELA |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       | 332584          |   |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                        |      |                 |            | No.                      |      | 37935640         |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | null                          |      |                 |            | CELULAR                  |      | null             |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | GESTION DEL RIESGO - PIL      |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | GESTION DEL RIESGO - PIL      |      |                 |            | UNIDAD:                  |      |                  |     | Ferias            |                       |                 |   |            |  |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | Centro de costo               | %    | Centro de costo | %          | Centro de costo          | %    | Centro de costo  | %   | Centro de costo   | %                     | Centro de costo | % |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | A00                           |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | 28                            |      |                 |            | TIPO CUENTA              |      |                  |     | SIN CUENTA        |                       |                 |   |            |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 0                             |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 2307-2024                     |      |                 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 166                           |      | FECHA           |            | 26/01/2024               |      | NÚMERO DE CRP: 1 |     | 14543             |                       | FECHA           |   | 02/02/2024 |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 410                           |      | FECHA           |            | 27/03/2024               |      | NÚMERO DE CRP: 2 |     | 21509             |                       | FECHA           |   | 27/03/2024 |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 673                           |      | FECHA           |            | 28/05/2024               |      | NÚMERO DE CRP: 3 |     | 31713             |                       | FECHA           |   | 28/05/2024 |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | NULL                          |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               |      | DESDE           | DIA        | MES                      | AÑO  | HASTA            | DIA | MES               | AÑO                   |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               |      |                 | 01         | 05                       | 2024 |                  | 31  | 05                | 2024                  |                 |   |            |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | Asistencial                   |      |                 |            | RESERVA DE GLOSA 2%      |      |                  |     | 0                 |                       |                 |   |            |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | 5,196,347 VALOR LETRAS        |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| 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 EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | VALORES          |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 20,785,388       |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 20,785,388       |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 5,196,347        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 186              |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 186              |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 0                |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 0                |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      | 100.00 %         |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| El interventor 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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                 |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS                                                                       | VALOR AFP                     | RIES | VALOR ARL       | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA           |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| 76305459                                                                                                                                                                                                                                                     | 259,900                                                                         | 332,600                       | 3    | 50,700          | 0          | 643,200                  |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                             |      | 0               | 0          |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.                                                                                                                 |                                                                                 |                               |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |

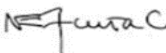
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ACUÑA CERVANTES NIDIA ESTHELA  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                       |      |                        |     |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------|------|------------------------|-----|------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                    |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |      |                        |     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | VERSIÓN: 3            |      |                        |     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | PÁGINA : 1 DE 1       |      |                        |     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | FECHA: 19/05/2022     |      |                        |     |      |  |
| ÁREA Y/O SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD-PIL                                   |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | UNIDAD:               |      | USS LORENCITA VILLEGAS |     |      |  |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2307-2024                                                                      |  |  | PERIODO CERTIFICADO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Día | Mes                   | Año  | Día                    | Mes | Año  |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ                                                |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1   | 5                     | 2024 | 31                     | 5   | 2024 |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ACUÑA CERVANTES NIDIA ESTHELA                                                  |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                       |      |                        |     |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO I                                                    |  |  |                     | DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 37935640              |      |                        |     |      |  |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 100%                                                                           |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                       |      |                        |     |      |  |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                |  |  |                     | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 1. Realizar la gestión técnica de la ejecución de los contratos y /o convenios celebrados entre los fondos de desarrollo local y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y de recursos logísticos y técnicos, para el desarrollo de las presentaciones públicas definidas en el proyecto, con el apoyo del Fondos de Desarrollo Local.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                |  |  |                     | Se realizó la gestión técnica de la elaboración del contrato correspondiente a las actividades programadas para el mes No. 8 de la ejecución.                                                                                                                                                                                                      |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 2. Asumir la divulgación del proyecto en los espacios que sea requerido de acuerdo a lo establecido en el lineamiento técnico (población diferencial).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                |  |  |                     | Se continúa con las actividades de divulgación e inscripción en la localidad de Subacorrespondiente al CIA 560_2023                                                                                                                                                                                                                                |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 3. Recibir y verificar la depuración de los datos contenidos en la base de datos unificada, gestionada entre el FDL y el ejecutor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                |  |  |                     | Se recibe la base de datos de los candidatos inscritos a través del link, QR, correos electrónicos, de manera presencial en la oficina de salud pública o en la casa de participación. Se realiza la depuración de la base de inscritos                                                                                                            |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 4. Realizar acciones de preauditoria a los profesionales de apoyo, en relación con el cumplimiento de lineamiento técnico y pliego contractual, gestión documental, veracidad de soportes, ausencia total y parcial de soportes, calidad y oportunidad de entrega de informes, bases de datos, bases de datos vs. soportes y planes de mejoramiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza preauditoría en la Identificación de necesidades funcionales y vulnerabilidad a:<br>- Formatos establecidos por Lineamiento Técnico SDS<br>- Documentos establecidos por Lineamiento Técnico SDS<br>- Base de datos de visitas realizadas<br>- Registro Fotográfico                                                                     |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 5. Liderar y apoyar las acciones de los procesos selección, geo-referenciación y programación de visita de vulnerabilidad a candidatos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                |  |  |                     | De acuerdo con la depuración de la base de datos se georreferencia por profesional las visitas a realizar.                                                                                                                                                                                                                                         |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 6. Liderar y apoyar la implementación de la Territorialización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |  |                     | Se apoya la territorialización haciendo análisis de interacción macro y micro en los procesos definidos en las diferentes escalas territoriales, teniendo en cuenta las estrategias locales: la relacionada con la acción de los actores socioeconómicos y la referente al entorno físico-natural, económico y político, con el equipo de trabajo. |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 7. Liderar los comités de seguimiento y de Aprobación de dispositivos de asistencia personal - ayudas técnicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |  |                     | Se apoya en la organización requerida para realizar un (1) comité de aprobación                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 8. Apoyo al proceso de definición de especificaciones técnicas de los elementos para la compra de acuerdo las aprobaciones y apoyo al estudio de mercado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                |  |  |                     | Se apoya la deficiión de las especificaciones técnicas de acuerdo a lo aprobado en el comité                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 9. Apoyo al proceso de seguimiento a proveedores de Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas, seleccionados por el ejecutor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza seguimiento a proveedor Tu Salud con la revisión y entrega de dispositivos de asistencia personal.                                                                                                                                                                                                                                      |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 10. Entrega de los dispositivos de asistencia personal a cada usuario, con los respectivos soportes (garantía del proveedor y carta de intención)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                |  |  |                     | Se apoya en la realización del cronograma para la entrega en domicilio de los dispositivos de asistencia personal                                                                                                                                                                                                                                  |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 11. Acompañamiento al taller entrenamiento a la persona con discapacidad y/o su cuidador.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza acompañamiento a los talleres de entrenamiento, se realiza la entrega de cuarenta y cinco (45) kits cognitivos el 22/05/2024                                                                                                                                                                                                            |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 12. Acompañamiento al proceso de Seguimiento de dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas otorgadas durante la vigencia en curso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza acompañamiento al proceso de seguimiento de los dispositivos de asistencia personal de la vigencia en curso.                                                                                                                                                                                                                            |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 13. Acompañamiento al proceso de Seguimiento de dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas otorgadas durante las dos vigencias anteriores ejecutadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza acompañamiento al proceso de seguimiento de los dispositivos de asistencia personal de la vigencia 2021.                                                                                                                                                                                                                                |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 14. Velar por que los profesionales de apoyo al proyecto lleven a cabo el proceso de otorgamiento conforme a lo planteado en el presente lineamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza gestión y apoyo a los profesionales de apoyo en las actividades de otorgamiento de dispositivos de asistencia personal, según línea técnica de los lineamientos.                                                                                                                                                                        |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 15. Consolidar, actualizar y entregar en el desarrollo de los comités de seguimiento a la Secretaría Distrital de Salud en forma periódica los informes ejecutivos mensuales, finales y los que se requieran durante el proceso, concertados previamente en los Comités Técnicos y en los formatos establecidos para tales efectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                |  |  |                     | Se consolida y se realiza pedido de los dispositivos avalados en comité d. Se entrega informe mensual de la ejecución.                                                                                                                                                                                                                             |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 16. Mantener actualizadas y archivadas las actas, las cuales deben presentarse como parte del soporte documental al momento de llevar a cabo el ejercicio de revisión de la ejecución del proyecto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                |  |  |                     | Se mantienen organizadas las actas y demás documentos de la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 17. Entregar formalmente al Fondo de Desarrollo Local y en medio magnético a la Secretaría Distrital de Salud, informe final del proyecto de otorgamiento de dispositivos de asistencia personal ejecutado en cada vigencia, el cual se debe presentar según la Directriz de la Secretaría Distrital de Salud, en coherencia con los procesos establecidos en la administración actual; este informe debe contener bases de datos del registro de usuarios, tanto de las entregas de elementos como una base de datos de los seguimientos a las vigencias actuales y anteriores, y los soportes que lo respalden. Así mismo, la entrega del listado de espera de los potenciales beneficiarios al otorgamiento de dispositivos de asistencia personal de la posterior vigencia. |  |                                                                                |  |  |                     | Se entrega al Fondo de Desarrollo Local en medio magnético los informes del periodo uno (1) al séptimo (7)                                                                                                                                                                                                                                         |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 18. Canalización y activación de rutas integrales (RIAS), según requerimientos de los casos identificados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza acompañamiento a los profesionales de apoyo al proceso de canalización y activación de rutas                                                                                                                                                                                                                                            |     |                       |      |                        |     |      |  |
| 19. Revisión y preauditoria de informes técnicos de las acciones desarrolladas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |  |                     | Se realiza la gestión documental a los profesionales de apoyo en cada una de las actividades desarrolladas                                                                                                                                                                                                                                         |     |                       |      |                        |     |      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20. Generar espacios de articulación con las diferentes áreas de salud pública y de la subred que sean necesarias para el desarrollo óptimo y efectivo de las acciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se realiza articulación con la profesional Caterin Dosa de la estrategia RBC quien remite casos para otorgamiento                                                                    |
| 21. Consolidar y mantener actualizada la información relacionada con la base de datos del convenio asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se mantiene actualizada la información de base de datos de visitas y de inscripción                                                                                                  |
| 22. Realizar la asignación, seguimiento y control de las actividades del equipo operativo asignado en la ejecución del convenio y/o contrato celebrado entre el fondo de desarrollo local y la subred.                                                                                                                                                                                                                                                       | Se distribuyen las actividades contractuales al equipo operativo, realizando el respectivo seguimiento y control.                                                                    |
| 23. Garantizar la ejecución de los recursos de acuerdo a lo establecido en el convenio y/o contrato y realizar los seguimientos a los proveedores asignados para la entrega de dispositivos de asistencia personal.                                                                                                                                                                                                                                          | Se garantiza la ejecución adecuada de los recursos, se realizan los comites de aprobación, se apoya las entregas domiciliarias y grupales, se verifican los pedidos correspondientes |
| 24. Realizar seguimiento a la gestión documental de los procesos y actividades desarrolladas, organizando el archivo en físico y en magnético.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza la revisión y se hace el respectivo seguimiento a las actividades desarrolladas por el equipo operativo                                                                   |
| 25. Las demás funciones específicas que se definan en el convenio o contrato de acuerdo a los procesos administrativos y técnicos requeridos de acuerdo a los Convenios y/o contratos celebrados entre los fondos de desarrollo local y la subred integrada de servicios de salud Norte E.S.E. y lineamientos establecidos por la SDS en el área de proyectos de Inversión Local y/o lo requerido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | Se realizan las demás funciones necesarias para el desarrollo del convenio                                                                                                           |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
| <div><div>TOTAL A PAGAR (Número y letras):</div><div>\$ 5.196.347</div><div>CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                      |
| <div><div></div><div>ACUÑA CERVANTES NIDIA ESTHELA</div><div>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div><div>CC. 37935640</div></div>                                                                                                                                                                                                                            | <div><div>3152024</div><div>DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE</div><div>Firma de recibido supervisor:</div><div>SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ</div></div>                             |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |                  |                             |                    |           |     |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                      |                  |                             |                    | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                    |                  |                             |                    | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                      |                  |                             |                    |           |     |
| 2024-04              | 2024-04                              | I                | 29/04/2024                  | 76305459           | \$643.200 |     |

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 259.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 259.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 332.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 332.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 50.700                 |                  |       |                        | 50.700                | 0         | 0                     | 50.700              |                            |                     | 507               | 50.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 259.900                             | 259.900       |
| Pensión                | 1                              | 332.600                             | 332.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 50.700                              | 50.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 643.200                             | 643.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 37935640          | NIDIA ESTHELA ACUÑA CERVANTES |        | CARRERA 105 A 72 32 APTO 221 BLOQUE 11 | 5491801            | nidiaorlando@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                           | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.                           | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                               |        |                                        |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                                        |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-04              | 2024-04                           | I             | 29/04/2024               | 76305459        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$643.200     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |       |           |         |            |                      |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |       |           |         | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |           | CCF     |                        |           | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Sueldo | Excedente | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA   | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 37935640              | ACUÑA CERVANTES NIDIA ESTHELA | 59        | 0      |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     | 25-14 | 2.078.538 | 332.600 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS017                          | 2.078.538 | 259.900 | 14-11                  | 2.078.538 | 3            | 50.700          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

La empresa **NIDIA ESTHELA ACUÑA CERVANTES**, identificada con **CC** número **37935640**, aportó por el empleado **NIDIA ESTHELA ACUÑA CERVANTES** identificado(a) con **CC** número **37935640** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 04 - 2024 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA                                 | COTIZANTE | I | N | G | R | E | D | E | T | A | D | E | P | V | S | T | V | S | L | N | E | I | G | M | A | C | V | A | V | C | T | I | R | P | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC         | TARIFA APOORTE | COTIZACIÓN Y/O APOORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO      | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|--------|-------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|------|-------------|----------------|------------------------|-----------------|------------------|--------------|--------------------|---------------|-----------|
| 25-14  | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0          | 30   | \$2,078,538 | 0.16000        | \$332,600              | \$0             | \$0              | Abril - 2024 | 76305459           | 29/04/2024    | NO        |
| 14-11  | ARL SURA                                              | 59        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0          | 30   | \$2,078,538 | 0.02436        | \$50,700               | \$0             | \$0              | Abril - 2024 | 76305459           | 29/04/2024    | NO        |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio                       | 59        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0          | 30   | \$2,078,538 | 0.12500        | \$259,900              | \$0             | \$0              | Abril - 2024 | 76305459           | 29/04/2024    | NO        |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 30 días del mes Abril de 2024