

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------|-----------------|------------|--------------------------|------|------------------|-----|-------------------|-----------------------|-----------------|---|------------|--|
|                                                                                                                                                                               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       | 377258          |   |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                            |      |                 |            | No.                      |      | 1031150637       |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | anggie1993@outlook.com            |      |                 |            | CELULAR                  |      | 3213054677       |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | EBEH                              |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | EBEH                              |      |                 |            | UNIDAD:                  |      |                  |     | Chapinero         |                       |                 |   |            |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 3379-2025                         |      |                 |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 277                               |      | FECHA           |            | 11/02/2025               |      | NÚMERO DE CRP: 1 |     | 15965             |                       | FECHA           |   | 24/02/2025 |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 531                               |      | FECHA           |            | 28/03/2025               |      | NÚMERO DE CRP: 2 |     | 19920             |                       | FECHA           |   | 31/03/2025 |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 561                               |      | FECHA           |            | 07/04/2025               |      | NÚMERO DE CRP: 3 |     | 20274             |                       | FECHA           |   | 09/04/2025 |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | TECNICO I AUXILIAR DE ENFERMERIA  |      |                 |            |                          |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                   |      | DESDE           | DIA        | MES                      | AÑO  | HASTA            | DIA | MES               | AÑO                   |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                   |      |                 | 01         | 03                       | 2025 |                  | 31  | 03                | 2025                  |                 |   |            |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | Asistencial                       |      |                 |            | RESERVA DE GLOSA 2%      |      |                  |     | 0                 |                       |                 |   |            |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | 2,460,374 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:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 7,955,209        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 3,048,769        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 1,470,920        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 184              |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 110              |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 0                |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 4,906,440        |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                   |      |                 |            |                          |      | 38.32 %          |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| 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           |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
| 3379202503                                                                                                                                                                                                                                                   | 0                                                                               | 0                                 | 3    | 0               | 0          | 0                        |      |                  |     |                   |                       |                 |   |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO  
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.

|                                                                                 |                                                                                 |                |                       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------|
|  | 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:     |  | ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   | 381286          |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:          |  | Cedula                            |   |                 |   | No.             |   | 1031150637      |   |                 |   |                 |   |
| CORREO                      |  | anggie1993@outlook.com            |   |                 |   | CELULAR         |   | 3213054677      |   |                 |   |                 |   |
| PROCESO:                    |  | EBEH                              |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:                   |  | EBEH                              |   |                 |   | UNIDAD:         |   |                 |   | Chapinero       |   |                 |   |
| 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:                                                                                                                                                                                                                               |  |                                  |  | 3379-2025 |     |                     |      | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |     |       |      |       |  |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |  | 277                              |  | FECHA     |     | 11/02/2025          |      | NÚMERO DE CRP: 1         |     | 15965 |      | FECHA |  | 24/02/2025 |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             |  | 531                              |  | FECHA     |     | 28/03/2025          |      | NÚMERO DE CRP: 2         |     | 19920 |      | FECHA |  | 31/03/2025 |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             |  | 561                              |  | FECHA     |     | 07/04/2025          |      | NÚMERO DE CRP: 3         |     | 20274 |      | FECHA |  | 09/04/2025 |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |  | TECNICO I AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |           |     |                     |      |                          |     |       |      |       |  |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                  |  | DESDE     | DIA | MES                 | AÑO  | HASTA                    | DIA | MES   | AÑO  |       |  |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                  |  |           | 01  | 04                  | 2025 |                          | 30  | 04    | 2025 |       |  |            |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |  | Asistencial                      |  |           |     | RESERVA DE GLOSA 2% |      |                          |     | 0     |      |       |  |            |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 2,460,374 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: | 7,955,209 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 3,048,769 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 1,577,849 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 184       |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 118       |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0         |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 4,906,440 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 38.32 %   |

| 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 |
| 1071909795                                                                                                                                                                                                                                   | 178,000   | 227,800   | 3    | 34,700    | 0          | 440,500        |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO  
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 |  |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  | VERSIÓN: 4         |  |
|                                                                                   |                                                                            |  | PÁGINA: 1 DE 1     |  |
|                                                                                   |                                                                            |  | FECHA: 07/11/2024  |  |

|                                                                |                                          |                     |                                    |     |      |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|------------------------------------|-----|------|
| ÁREA Y/O SERVICIO:                                             | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | UNIDAD:             | Equipos Básicos Extramurales Hogar |     |      |
| No. DE CONTRATO:                                               | 3379-2025                                | PERIODO CERTIFICADO | Día                                | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                         | INGRID PAOLA LOZANO                      |                     | 1                                  | 04  | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                        | ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO        | DOCUMENTO:          | 1033583530                         |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: PROMOTOR TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA |                                          |                     |                                    |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%                                 |                                          |                     |                                    |     |      |

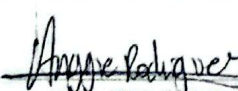
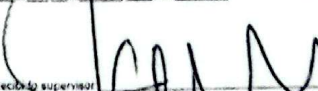
  

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones circulares de cualquier organo externos, reglamento interno, código o directriz interna de la subred que tenga relación con la ejecución del objeto presente contrato, asistir a reuniones y fortalecimiento técnicos convocados por EBEH.                                                                                        |
| 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.                                |
| 3. Participar en el comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Participar en capacitaciones en el comité del cuidado de equipos básicos extramurales de hogar EBEH.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Desarrollar las acciones previstas en los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se realizan 48 acciones de acuerdo a la meta socializada para el mes de marzo 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBE.                                                                                                                                                                                                     | Participar en capacitaciones y realización de encuestas y módulos con el tema de calidad para los equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH.                                                                                                                                                                                                                                               |
| 6. Toma de medidas antropométricas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario.                                                                                                                                                                             | Se realiza canalización a las diferentes rutas de mantenimiento según lo requerido del usuario según el ciclo de edad.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8. Vigilancia adecuada y oportuna de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en EBEH.                                                                                                                                                     | Se registra en el aplicativo G-TAPS 81 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de marzo del 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 9. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio.                                                                                                                                                                                                                    | Se realizan caracterizaciones de familia en zonas Abordaje Territorial y se realiza respectiva canalización según requerimiento o clasificación del riesgo de cada usuario                                                                                                                                                                                                                  |
| 10. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | se realiza aplicación de tamizajes de FINDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a las familias caracterizadas, según la necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11. Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas según los documentos operativos de EBE.                                                                                                                             | Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.                                |
| 12. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBE.                                                                                                                                                                                                                                                                          | No se ejecutaron acciones para este periodo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 13. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas informáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los EBE con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.                                                                                                                                                                        | se realizan entrega de formatos de firmas de EBEH, acorde a las acciones realizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 14. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se apoya la gestión administrativa en ; clasificar ordenar y conservar documentos del archivo                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 15. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.                                                                                                                                                                                    | Se realiza derivación a vacunación a los menores identificados en las caracterizaciones familiares los cuales no cuentan con esquema de vacunación completo, pendiente por iniciar y continuar.                                                                                                                                                                                             |
| 16. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                        | Eventos de Interés de la Subred asistir a las inducciones y capacitaciones de la subred como parte de la calidad de entrega de los productos, se entregan 81 caracterizaciones del mes de marzo para cargue de la certificación y cumplimiento del contrato, entrega de actividades, entrega de soporte de planilla de pago de Aportes al sistema de seguridad social y cargue al SECOP II. |
| 17. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | se realizan 24 horas de fortalecimiento técnico por parte de la SDS y la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                       |  |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 1,577,849 MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE |  |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ANGIE GERALDINE RODRIGUEZ<br>1031156037 | Fecha: 30 / 04 / 2025<br><br>Ingrid Paola Lozano Torres<br>Directora de Gestión del Riesgo en Salud |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor



Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-11, 04:57:55 PM

Tipo Planilla:

I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071809795

Período Cotización:

marzo de 2025

Período Servicio:

marzo de 2025

Referencia pago (PIN): 8823066133

PAGADO 11/04/2025

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                   |  |  |
|---------------------|-----------------------------------|--|--|
| Razón Social        | ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO |  |  |
| Documento           | CC1031150637                      |  |  |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                     |  |  |
| Tipo Persona        | NATURAL                           |  |  |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                       |  |  |
| Representante Legal |                                   |  |  |
| Total Afiliados     | 1                                 |  |  |
| Dirección           | CR 80D #42 C - 21 SUR             |  |  |
| Teléfono            | 3213054677                        |  |  |
| Forma Presentación  | UNICO                             |  |  |
| Departamento        | BOGOTA D.C.                       |  |  |
| Identificación      |                                   |  |  |
| ARP                 | ARL SURA                          |  |  |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                   |                 | Novedades          |      |      |      |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      | Pensiones            |              |                | Salud                |              |              | Riesgos |             |                | Cajas                |           |              | Parafiscales |              |      |            | Total |  |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|------|------|------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------|--------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|---------|-------------|----------------|----------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------|------------|-------|--|
| Identificación     | Apellidos y Nombres               | Tipo Cotización | Sistema Cotización | INSS | SENA | ICBF | IAS | ITAP | ITAP | ITAP | ITAP | ITAP | ITAP | ITAP | ITAP | ITAP | Administradores      | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradores      | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa  | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradores      | IBC Cajas | Aporte Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | ESAP | Aportes    | Total |  |
| CC 1031150637      | ANGGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO | 57              | 60                 | X    |      |      |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      | EPSC-77 FARMASUR EPS | \$ 1.423.500 | \$ 227.800     | EPSC-77 FARMASUR EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000   | 2.430   | 2.142.500   | 2.24.780       | ININCCO: NINGUNA CCF | \$ 0      | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0 | \$ 443.360 |       |  |
| III.TOTALES        |                                   |                 |                    |      |      |      |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |                      |              |                |                      |              |              |         |             |                |                      |           |              |              |              |      |            |       |  |

## III. TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                            | \$ 0              | \$ 443.360                     | \$ 700                  | \$ 441.000  |

Línea de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 801 4448634 - Cali: 802 5540577 - Medellín: 604 5148669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



|                                                                                   |                                                             |  |                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  | CÓDIGO AP-CT-F-50 |  |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.         |  | VERSIÓN: 4        |  |
|                                                                                   | GESTIÓN CONTRACTUAL                                         |  | PÁGINA: 1 DE 1    |  |
|                                                                                   |                                                             |  | FECHA: 07/11/2024 |  |

| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD    |                     | UNIDAD: Equipos Básicos Extramurales Hogar                                                                                                                                    |     |      |     |     |     |   |   |    |   |      |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|-----|-----|---|---|----|---|------|
| No. DE CONTRATO: 3379-2025                                     | PERIODO CERTIFICADO | <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>31</td> <td>3</td> <td>2025</td> </tr> </table> | Día | Mes  | Día | Mes | Año | 1 | 3 | 31 | 3 | 2025 |
| Día                                                            | Mes                 | Día                                                                                                                                                                           | Mes | Año  |     |     |     |   |   |    |   |      |
| 1                                                              | 3                   | 31                                                                                                                                                                            | 3   | 2025 |     |     |     |   |   |    |   |      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES              |                     | DOCUMENTO: 1031150637                                                                                                                                                         |     |      |     |     |     |   |   |    |   |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO       |                     |                                                                                                                                                                               |     |      |     |     |     |   |   |    |   |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: PROMOTOR TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA |                     |                                                                                                                                                                               |     |      |     |     |     |   |   |    |   |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%                                   |                     |                                                                                                                                                                               |     |      |     |     |     |   |   |    |   |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones circulares de cualquier organo externos, reglamento interno, código o directriz interna de la subred que tenga relación con la ejecución del objeto presente contrato, asistir a reuniones y fortalecimiento técnicos convocados por EBEH.                                                                                        |
| 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.                                |
| 3. Participar en el comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Participar en capacitaciones en el comité del cuidado de equipos básicos extramurales de hogar EBEH.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Desarrollar las acciones previstas en los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se realizan 41 acciones de acuerdo a la meta socializada para el mes de marzo 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBE.                                                                                                                                                                                                     | Participar en capacitaciones y realización de encuestas y módulos con el tema de calidad para los equipos Básicos Extramurales de Hogar-EBEH.                                                                                                                                                                                                                                               |
| 6. Toma de medidas antropométricas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario.                                                                                                                                                                             | Se realiza canalización a las diferentes rutas de mantenimiento según lo requerido del usuario según el ciclo de edad.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en EBEH.                                                                                                                                               | Se registra en el aplicativo G-TAPS 41 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes de marzo del 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 9. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio.                                                                                                                                                                                                                    | Se realizan caracterizaciones de familia en zonas Abordaje Territorial y se realiza respectiva canalización según requerimiento o clasificación del riesgo de cada usuario                                                                                                                                                                                                                  |
| 10. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | se realiza aplicación de tamizajes de FINDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11. Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas según los documentos operativos de EBE.                                                                                                                             | Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS.                                |
| 12. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBE.                                                                                                                                                                                                                                                                          | No se ejecutaron acciones para este periodo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 13. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los EBE con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.                                                                                                                                                                          | se realizan entrega de formatos de firmas de EBEH, acorde a las acciones realizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 14. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se apoya la gestión administrativa en; clasificar ordenar y conservar documentos del archivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 15. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.                                                                                                                                                                                    | Se realiza derivación a vacunación a los menores identificados en las caracterizaciones familiares los cuales no cuentan con esquema de vacunación completo, pendiente por iniciar y continuar.                                                                                                                                                                                             |
| 16. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                        | Eventos de Interés de la Subred asistir a las inducciones y capacitaciones de la subred como parte de la calidad de entrega de los productos, se entregan 81 caracterizaciones del mes de marzo para cargue de la certificación y cumplimiento del contrato, entrega de actividades, entrega de soporte de planilla de pago de Aportes al sistema de seguridad social y cargue al SECOP II. |
| 17. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | se realizan 24 horas de fortalecimiento técnico por parte de la SDS y la subred integrada de servicios de salud Norte E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                          |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) 1,470,876 UN MILLON CUATROCIENTOSSETENTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>ANGIE GERALDINE RODRIGUEZ OCAMPO<br>CC: 1031150637 | Fecha: 31 / 03 / 2025<br>Firma de recibido supervisor:<br><br>INGRID PAOLA LOZANO TORRES<br>Directora de Gestión del Riesgo en Salud |

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese

14/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **ANGGIE RODRIGUEZ** con  
**Cédula de Ciudadanía n#mero 1031150637**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| N#mero            | 0550007500937193 |
| Saldo a la fecha  | 176.90 Pesos     |
| Fecha de apertura | 12/01/2018       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA