EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS		
	PROCESO: GESTION JURIDICA	CÓDIGO	JUR-FTO-01
		VERSIÓN	5
		VIGENCIA	25/01/2021

INFORMACION DEL CONTRATO					
(06) No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	1033-2024	(022) CDP	1872	(023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$12.000.000
(07) NOMBRE DEL CONTRATISTA: NELLY PATRICIA MORA PEÑA				(08) IDENTIFICACIÓN: 39678475	
(024) INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	EL CONTRATISTA NO SE ENCUENTRA INHABILITADO				

(010)OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1032 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD	(03) FECHA DE INICIO CONTRATO			(04) FECHA TERMINACION DEL CONTRATO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	08/08/2024			31/12/2024		

(025) SUBGERENCIA	COMUNITARIA	(026) Centro de Costo (área)	K34L
(027) VALOR ADICIONES		(028) N° CDP -FECHA	
(029) VALOR ADICIONES		(030) N° CDP -FECHA	
(031) VALOR ADICIONES		(032) N° CDP -FECHA	
(033) VALOR ADICIONES		(034) N° CDP -FECHA	
(035) PRORROGAS		(036) FECHA PRORROGA	
(037) MODIFICACIONES:		(038) FECHA MODIF.	

INFORMACION SUPERVISOR	
(039) NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO	YBON JAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ
(040) CARGO	SUBGERENTE COMUNITARIA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR: El suscrito supervisor del contrato de prestación de servicios, certifica que el contratista en mención cumplió a satisfacción con las obligaciones y/o actividades contratadas y estipuladas en el objeto de contrato durante el periodo correspondiente. Lo anterior para efectos de pago.

NOVEDADES:

EJECUCION DEL CONTRATO			
(041) VALOR A CERTIFICAR EN EL PERIODO	$2.400.000	(042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO:	0

PERIODO A CERTIFICAR	**(043)** DESDE **(01/12/2024)**	**(05) CUENTA DE COBRO No.**	**1033-05**
	(044) HASTA **(31/12/2024)**	**(0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO**	**31 DICIEMBRE 2024**

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

(046) EJECUCION ACUMULADA:	**12.000.000**	**(047) SALDO POR EJECUTAR**	**0**

Evaluación a las actividades suscritas:

CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR

(048)	(049)
1. Participar en el proceso de inducción 2. Entrega de cronograma de actividades a realizar 3. Entrega mensual de informes con sus respectivos soportes 4. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada Micro territorio 5. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas 6. Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio 7. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación 8. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados 9. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores 10. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorio asignado 11. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la	1. Realice el curso de inducción y re inducción aprobando y obteniendo el certificado 2. Realice cronograma a ejecutar mis actividades diarias y en terreno y administrativas 3. Realice entrega de mis soportes administrativos en las aplicaciones de aiepi y durvey123 4. Se realizó con el equipo de terreno la cartografía correspondiente al territorio de las familias caracterizadas 5. Se realizó el voz a voz con la comunidad de los servicios a prestar por parte de los equipo base de salud 6. Se realizó la caracterización en la identificación de cada habitante abordado 7. Se direcciono a trabajo social a los usuarios sin afiliación a una eps 8. Cada usuario fue direccionado según la necesidad de salud al profesional correspondiente 9. Direccionar a las familias en tamizajes por edad para los tiempos en sus controles médicos para diagnósticos y tratamientos oportunos 10. Se canalizo a cada usuario por su urgencia y clasificación la intervención inmediata por parte de los profesionales gestantes, menores sin controles de crecimiento y desarrollo, sin afiliación a eps, crónicos no adherentes a tratamiento 11. Se brindó educación en hábitos saludables alimentación saludable realizar actividad física

salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno 12. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 13. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. 14. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 15. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 16. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y micro territorios abordados por el equipo.	uso de bloqueador solar y tapabocas que cubra boca y nariz en tiempo de gripes en el colegio jardín trabajo aglomeraciones trasporte público signos de alarma en la gestante crónicos y eda y ira 12. Se les indico los puntos de atención de acuerdo a la eps a la que pertenecen puntos de vacunación servicios según cada grupo de edad correspondiente 13. Se direcciono a cada profesional según la necesidad en salud identificada en los usuarios 14. 15. Realice el cargue de cada familia caracterizada junto con cada miembro de su núcleo familiar en las aplicaciones de survey123 y aiepi según correspondía 16. Se realizó la invitación y la participación masiva a los servicios que brinda los equipos base de salud

Se expide a los: (050) 31 DICIEMBRE 2024

En caso de ser referente debe tener la aprobación de calidad y de planeación en cuanto a las labores realizadas.
Aprobación Calidad: C.C
Aprobación Planeación: C.C

(051) NELLY PATRICIA MORA PEÑA _____ **FIRMA CONTRATISTA** **CC: 39678475**	**YBON YAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ** _____ **FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO** **52902877** **SUB GERENTE COMUNITARIA**

(052) _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (053)**	**(054)** _____ **FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION** **CC. NO. (055)**