| | | | |
|---|---|---|---|
| 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** | **INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES EL CONTRATISTA HA MANIFESTADO QUE NO SE ENCUENTRA EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD SOBREVINIENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO** | | | | |
| **(010)OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFEREMERIA DEL ÁREA COMUNITARIA EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS CDCTI 705/2022 DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL** | | **(03) FECHA DE INICIO CONTRATO** | | **(04) FECHA TERMINACION DEL CONTRATO** | |
| | | **DÍA** | **MES** / **AÑO** | **DÍA** | **MES** / **AÑO** |
| | | **05/08/2024** | | **31/12/2024** | |

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

| **INFORMACION SUPERVISOR** | |
|---|---|
| **(039) NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO** | **YBON YAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ** |
| **(040) CARGO** | **SUBGERENCIA 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 **(01/11/2024)** | **(05) CUENTA DE COBRO No.** | **1033-04** |
| | **(044)** HASTA **(30/11/2024)** | **(0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO** | **1/12/2024** |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **(046) EJECUCION ACUMULADA:** | **$9.600.000** | **(047) SALDO POR EJECUTAR** | **$2.400.000** |

**Evaluación a las actividades suscritas:**

| CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR | |
|---|---|
| **(048)** | **(049)** |
| 1. Participar en el proceso de inducción<br>2. Entrega de cronograma de actividades a realizar<br>3. Entrega mensual de informes con sus respectivos soportes<br>4. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada Micro territorio<br>5. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas<br>6. Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio<br>7. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación<br>8. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados<br>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<br>10. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorio asignado<br>11. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí | 1. Realice el curso de inducción y re inducción aprobando y obteniendo el certificado<br>2. Realice cronograma a ejecutar mis actividades diarias y en terreno y administrativas<br>3. Realice entrega de mis soportes administrativos en las aplicaciones de aiepi y survey 2.0<br>4. Se realizó con el equipo de terreno la cartografía correspondiente al territorio de las familias caracterizadas<br>5. Se realizó el voz a voz con la comunidad de los servicios a prestar por parte de los equipo base de salud<br>6. Se realizó la caracterización en la identificación de cada habitante abordado<br>7. Se direcciono a trabajo social a los usuarios sin afiliación a una eps<br>8. Cada usuario fue direccionado según la necesidad de salud al profesional correspondiente<br>9. Direccionar a las familias en tamizajes por edad para los tiempos en sus controles médicos para diagnósticos y tratamientos oportunos<br>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<br>11. Se brindó educación en hábitos saludables alimentación saludable realizar actividad física uso de bloqueador solar y tapabocas que cubra |

| | |
|---|---|
| mismo, de los demás y de su entorno<br>12. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.<br>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.<br>14. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.<br>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.<br>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. | 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<br>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<br>13. Se direcciono a cada profesional según la necesidad en salud identificada en los usuarios<br>14.<br>15. Realice el cargue de cada familia caracterizada junto con cada miembro de su núcleo familiar en las aplicaciones de survey 2.0 y aiepi según correspondía<br><br>Se realizó la invitación y la participación masiva a los servicios que brinda los equipos base de salud |

**Se expide a los: (050) 01 DIAS DEL MES 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**<br>_____<br>**FIRMA CONTRATISTA**<br>**CC: 39678475** | **YBON YAZBLEYDY FLORIDO ALVAREZ**<br>_____<br>**FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**<br>**52902877**<br>**SUBGERENTE COMUNITARA** |
| **(052) RAFAEL ALEXANDER MILLAN POZO**<br>_____<br>**FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION**<br>**CC. NO. (053) 79221408** | **(054)**<br>_____<br>**FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION**<br>**CC. NO. (055)** |