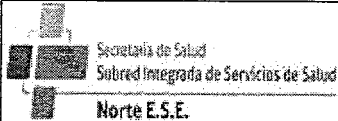


|                                                                                  |                                                    |  |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U        |  | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|                                                                                  | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                   |  | VERSIÓN: 5            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E |  | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                    |  | FECHA: 16/02/2018     |

### INFORMACION DEL CONTRATISTA

|                          |                          |             |                     |           |
|--------------------------|--------------------------|-------------|---------------------|-----------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:  | LINA MARIA FUENTES OLAYA |             |                     | 401954    |
| TIPO DE DOCUMENTO:       | Cedula                   | No.         | 1020742461          |           |
| CORREO                   | 3138341212               | CELULAR     | lifuola@hotmail.com |           |
| PROCESO:                 | GESTION DEL RIESGO - PIL |             |                     |           |
| SERVICIO:                | GESTION DEL RIESGO - PIL |             | UNIDAD:             | Chapinero |
| CENTRO DE COSTOS         | 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: | 6637-2025 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |            |
| NÚMERO DE CDP: 1               | 1012      | FECHA                    | 24/07/2025 |
| NÚMERO DE CRP: 1               | 37470     | FECHA                    | 13/08/2025 |

### OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 - MEDICO (A) VETERINARIO ZOOTECNISTA

|                     |           |                     |     |      |       |     |     |      |
|---------------------|-----------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE     | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                     |           | 15                  | 08  | 2025 |       | 31  | 08  | 2025 |
| TIPO SERVICIOS      | PIC       | RESERVA DE GLOSA 2% |     |      | 0     |     |     |      |
| VALOR MES           | 4,127,207 | 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: | 7,016,252 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 1,570,100 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 1,570,100 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 184       |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 70        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0         |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 5,446,152 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 22.38 %   |

### 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 |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 6637202508 | 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,



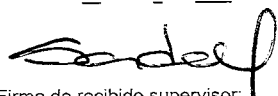
SANDRA MIREYA SANCHEZ  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



LINA MARIA FUENTES OLAYA  
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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|--|
|                                                                                                                                                                                 | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            |            |  |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                        | <b>VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL</b>                                    |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |            |  |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                          | 6637-2025                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |            |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                                                                    | SANDRA MIREYA SÁNCHEZ                                                      |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>PERIODO CERTIFICADO</b> |            |  |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                   | LINA MARIA FUENTES OLAYA                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>DOCUMENTO:</b>          | 1020742461 |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                      | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II                                               |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |            |  |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):</b>                                                                                                                                                                                                                                 | 38                                                                         |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |            |  |
| <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |            |  |
| 1.- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea                                                                             |                                                                            |  |  |  | se realiza inducción, seguimientos animal agresor en la localidad de Suba y Usaquen                                                                                                                                                                                                                             |                            |            |  |
| 2.- Estructurar y desarrollarse sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC                                    |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor en la localidad de suba y usaquen                                                                                                                                                                                                        |                            |            |  |
| 3.- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión                                                                                                                      |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor en la localidad de suba y Usaquen                                                                                                                                                                                                        |                            |            |  |
| 4.- Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC                   |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor y retroalimentación a la UPGD                                                                                                                                                                                                            |                            |            |  |
| 5.- 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                                                          |                                                                            |  |  |  | se realizan labores de observación y seguimiento de animal agresor y retroalimentación a la UPGD                                                                                                                                                                                                                |                            |            |  |
| 6.- Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC                                                                                             |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor y retroalimentación a la UPGD                                                                                                                                                                                                            |                            |            |  |
| 7.- Aportar al proceso de análisis de la calidad de vida y salud, que orienten la toma de decisiones y la planeación, a través de la complementariedad sectorial y articulación intersectorial y comunitaria                                                     |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor y retroalimentación a la UPGD                                                                                                                                                                                                            |                            |            |  |
| 8.- Participar en la implementación y evaluación de las políticas públicas, agendas locales y estrategias participativas intersectoriales y comunitarias                                                                                                         |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor y retroalimentación a la UPGD realizando canalizaciones interinstitucionales en los casos en que corresponda                                                                                                                             |                            |            |  |
| 9.- Fortalecer las redes comunitarias e institucionales para favorecer los procesos de notificación y canalización, así como la gestión efectiva de respuestas sectorial e interinstitucional, de acuerdo a los alcances de cada Espacio y/o proceso transversal |                                                                            |  |  |  | se realizan actividades de observación y seguimiento de animal agresor y retroalimentación a la UPGD por solicitud de las entidades oficiales, así mismo la respectiva retroalimentación a la entidad correspondiente                                                                                           |                            |            |  |
| 10.- Hacer entrega de los reportes, informes y tableros de control propios de cada línea de trabajo, Espacio y/o Proceso Transversal                                                                                                                             |                                                                            |  |  |  | se realiza entrega de soportes de visitas los días jueves en horario diurno, se realiza envío de cronograma de actividades programadas, retroalimentación de cronograma de actividades realizadas durante el mes y diligenciamiento de drive de entrega de seguimiento al animal agresor y drive del evento 300 |                            |            |  |
| 11.- Aportar a los procesos de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente                                                                                                                    |                                                                            |  |  |  | NO PROGRAMADAS PARA EL MES                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |            |  |
| 12.- Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred                                                      |                                                                            |  |  |  | NO PROGRAMADAS PARA EL MES                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |            |  |
| 13.- Realizar acciones de inspección de vigilancia y control verificando condiciones higiénico-sanitarias teniendo en cuenta la normatividad vigente lineamientos de SDS                                                                                         |                                                                            |  |  |  | NO PROGRAMADAS PARA EL MES                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |            |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |                                                    |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| 14.- Realizar acciones de vigilancia epidemiológica y ambiental (Si aplica)                                                                                                                                                                         | se realizan actas de eseguimiento al animal agresor en la localidad de suba                                                                                                                               |                                                    |              |                                                    |
| 15.- Realizar aportes y articulación con estrategia de articulación                                                                                                                                                                                 | se articula retroalimentacion con el equipo de vigilancia integrada de la rabia y las respectivas UPGD y se articula con el equipo de inspeccion a vivienda cuando se trata de caninos de manejo especial |                                                    |              |                                                    |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |                                                    |              |                                                    |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">TOTAL A PAGAR</td> <td style="width: 20%;">\$ 1.570.100</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA MIL CIEEN PESOS M/CTE</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                           | TOTAL A PAGAR                                      | \$ 1.570.100 | UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA MIL CIEEN PESOS M/CTE |
| TOTAL A PAGAR                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 1.570.100                                                                                                                                                                                              | UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA MIL CIEEN PESOS M/CTE |              |                                                    |
| <br>LINA MARIA FUENTES OLAYA<br><br>CC. 1020742461                                                                                                                 | Fecha : 31 8 2025<br><br><br>Firma de recibido supervisor:<br>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br>COORDINADORA PSPIC              |                                                    |              |                                                    |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |                                                    |              |                                                    |



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LINA MARIA FUENTES OLAYA

Identificado con CC 1020742461

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina METROPOLIS, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

|                            |                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Número:</b>             | 24074674174                                                              |
| <b>Fecha de apertura:</b>  | 24 de Junio de 2017                                                      |
| <b>Condiciones de uso:</b> | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| <b>Estado:</b>             | Cuenta activa                                                            |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 18 de Julio de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva