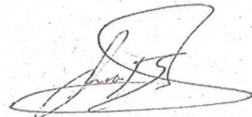


|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------|-------------|
|                                                                                                                                                                               | 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 |                       |           |             |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | BENITEZ RAMOS JEISSON OSWALDO |                         |                          |                 |                   | 437670                |           |             |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           | Cedula                                                                          | No.                           | 1073720589              |                          |                 |                   |                       |           |             |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       | 3197815752                                                                      | CELULAR                       | jheii25bnitez@gmail.com |                          |                 |                   |                       |           |             |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     | GESTION DEL RIESGO - PIL                                                        |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | GESTION DEL RIESGO - PIL                                                        |                               | UNIDAD:                 |                          | Chapinero       |                   |                       |           |             |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             | Centro de costo                                                                 | %                             | Centro de costo         | %                        | Centro de costo | %                 | Centro de costo       | %         |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | A00                                                                             |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        | 28                                                                              |                               | TIPO CUENTA             |                          | SIN CUENTA      |                   |                       |           |             |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 0                             |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 8442-2025                     |                         | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |                 |                   |                       |           |             |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 1214                                                                            | FECHA                         | 29/08/2025              | NÚMERO DE CRP: 1         | 48756           | FECHA             | 08/10/2025            |           |             |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 1470                                                                            | FECHA                         | 22/10/2025              | NÚMERO DE CRP: 2         | 51090           | FECHA             | 30/10/2025            |           |             |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             | 1694                                                                            | FECHA                         | 25/11/2025              | NÚMERO DE CRP: 3         | 56144           | FECHA             | 30/11/2025            |           |             |
| NÚMERO DE CDP: 4                                                                                                                                                                                                                                             | 1808                                                                            | FECHA                         | 19/12/2025              | NÚMERO DE CRP: 4         | 63066           | FECHA             | 19/12/2025            |           |             |
| NÚMERO DE CDP: 5                                                                                                                                                                                                                                             | 48                                                                              | FECHA                         | 08/01/2026              | NÚMERO DE CRP: 5         | 1625            | FECHA             | 19/01/2026            |           |             |
| NÚMERO DE CDP: 6                                                                                                                                                                                                                                             | 297                                                                             | FECHA                         | 20/02/2026              | NÚMERO DE CRP: 6         | 14506           | FECHA             | 28/02/2026            |           |             |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      | TÉCNICO I - TECNICO EN SISTEMAS                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | DESDE                         | DIA<br>01               | MES<br>04                | AÑO<br>2026     | HASTA             | DIA<br>30             | MES<br>04 | AÑO<br>2026 |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               | PIC                                                                             |                               | RESERVA DE GLOSA 2%     |                          | 0               |                   |                       |           |             |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    | 2,980,800                                                                       |                               | VALOR LETRAS            |                          |                 |                   |                       |           |             |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| <b>CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |                         |                          | VALORES         |                   |                       |           |             |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                               |                         |                          | 20,055,600      |                   |                       |           |             |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               |                         |                          | 19,942,200      |                   |                       |           |             |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                               |                         |                          | 2,980,800       |                   |                       |           |             |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |                         |                          | 184             |                   |                       |           |             |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               |                         |                          | 184             |                   |                       |           |             |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               |                         |                          | 0               |                   |                       |           |             |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               |                         |                          | 113,400         |                   |                       |           |             |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |                         |                          | 99.43 %         |                   |                       |           |             |
| <b>El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |
| 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    |                       |           |             |
| 1080286393                                                                                                                                                                                                                                                   | 218,900                                                                         | 280,200                       | 3                       | 42,700                   | 0               | 541,800           |                       |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 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.                                                                                                                 |                                                                                 |                               |                         |                          |                 |                   |                       |           |             |

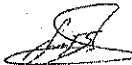
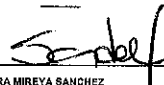
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SANDRA MIREYA SANCHEZ  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BENITEZ RAMOS JEISSON OSWALDO  
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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------|
|  Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                         |                                                                                                                                                                                            | CÓDIGO: AP-CT-F-50<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |           |          |             |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b> DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD-PAI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>UNIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Plan de Intervenciones Colectivas-PSPIC |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <b>No. DE CONTRATO:</b> 8442-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Día<br>1                                | Mes<br>04                                                                                                                                                                                  | Año<br>2025                                                             | Día<br>30 | Mes<br>4 | Año<br>2026 |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> SANDRA MIREYA SANCHEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>DOCUMENTO:</b>                       |                                                                                                                                                                                            | 1073720589                                                              |           |          |             |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - TÉCNICO EN SISTEMAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <b>WQ2289</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 1. Realizar acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización que incluya la modalidad intramural y extramural, con el fin de lograr acciones que permitan mejorar las coberturas de vacunación.                                                                                                                                                                |  | 1. PLAN DE ACCION PROYECTADO ABRIL 2026, ACTUALIZACIÓN EN DRIVE.                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 2. Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural (subred), en el componente sistema de Información.                                                                                                                                                                          |  | 2. SE HACE ACOMPAÑAMIENTO EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS SEGÚN NECESIDAD                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 3. Realizar consolidación de los informes mensuales de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3. REVISIÓN, CONSOLIDACIÓN Y ENVÍO DE INFORMES IPS PÚBLICAS - PRIVADAS, TABLERO DE CONTROL, SIS 151, SIS 151 EXTRANJEROS, MOVIMIENTO DE BIOLÓGICOS, ANEXO 7                                                                                                                                           |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 4. Verificar y aprobar los controles de cambio reportados por el aplicativo PAIWEB 2.0 del MSPS, y los contactos del aplicativo PAI 2.0 de SDS.                                                                                                                                                                                                                                          |  | 4. APROBAR O RECHAZAR LOS CONTROLES DE CAMBIO DE LAS IPS QUE REALIZAN VACUNACIÓN COVID 19, RESPUESTA A LOS CORREOS CON SOLICITUD DE CONTACTENOS DE LAS IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS CON ESQUEMA REGULAR, PRIORIZANDO ESTRATEGIA EXTRAMURAL.                                                                |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 5. Realizar actividades administrativas de apoyo a la gestión y de seguimiento a calidad del dato en las IPS vacunadoras, incluido el equipo extramural.                                                                                                                                                                                                                                 |  | 5. 16/04/2026. Reunión de equipo, 16/04/2026 Comité PAI Local. 30/04/2026 Entrega de productos contractuales                                                                                                                                                                                          |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 6. Realizar y enviar reporte de dosis aplicadas de las IPS que aplican vacuna COVID-19 de acuerdo con las directrices establecidas por el MSPS.                                                                                                                                                                                                                                          |  | 6. Revisión, consolidación y envío de reporte dosis aplicadas Covid 19 Pfizer, según directrices establecidas por el MSPS.                                                                                                                                                                            |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 7. Depurar las bases de datos de cohortes de menores pendientes por vacunar, y verificar la calidad del dato.                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 7. Esta actividad se realizará según las necesidades de la Subred Norte y/o Secretaría Distrital de Salud                                                                                                                                                                                             |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 8. Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIG vigente y necesidades de los servicios de la Subred.                                                                                                                                                                               |  | 8. Actividades se realizarán según las necesidades de Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIG vigente y necesidades de los servicios de la Subred.                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 9. Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP-PSPIG, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIG vigente y según las necesidades de los servicios de la Subred.                                                                                                                                                                  |  | 9. Dar cumplimiento al contrato 8442-2025, cargar la Certificación de Cumplimiento de Contrato u Orden de Prestación de Servicios, Informe de Ejecución de Contrato de Prestación de Servicios                                                                                                        |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 10. Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad. |  | 10. 30/04/2026 Realizar los procesos de gestión documental, de acuerdo a las políticas de la Subred Norte                                                                                                                                                                                             |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| 11. El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.                                                                  |  | 11. Responder a las solicitudes, solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios, cuando se requiera |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>\$2.980.800 DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |
| <br>JEISSON OSWALDO BENITEZ RAMOS<br>CC 1073720589                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         | Fecha: 30/04/2026<br><br>Firma de recibido supervisor:<br>SANDRA MIREYA SANCHEZ<br>Coordinadora PSPIG |                                                                         |           |          |             |
| Nota: Este Informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                         |           |          |             |



