

|                                                                                  |                                                                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>          | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 |
|                                                                                  |                                                                                   | VERSIÓN: 8            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                                                   | FECHA: 28/07/2020     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                            |                                               |                                          |                                                                      |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MYRIAM PIEDAD LIZCANO VALBUENA |                                               |                                          |                                                                      |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                     | C.C X C.E                                     | NO.                                      | 63484680                                                             |
| CELULAR:<br>3156776963                                 | CORREO ELECTRÓNICO:<br>piedadlizcano@yahoo.es | SEDE:<br>SALUD PUBLICA<br>RIONEGRO       | CENTRO DE COSTOS:<br>RIOK31 - PIC VIGILANCIA SANITARIA -<br>RIONEGRO |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD   |                                               | SERVICIO:<br>ASISTENCIAL                 |                                                                      |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>BANCO DAVIVIENDA                | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                    | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>7380521240 |                                                                      |
| PENSIONADO:                                            | SI No X                                       |                                          |                                                                      |

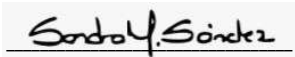
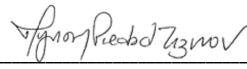
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |       |            |                                  |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------|----------------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>4395-2026                      |     |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>0.9 |       |       |            |
| CDP 1                                                            | 706 | FECHA | 20/05/2026 | CRP 1                            | 22875 | FECHA | 04/06/2026 |
| CDP 2                                                            | 890 | FECHA | 22/06/2026 | CRP 2                            | 24542 | FECHA | 26/06/2026 |
| CDP 3                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 3                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 4                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 4                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 5                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 5                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 6                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 6                            | —     | FECHA | —          |

|                                                                                                                                                                        |  |                                   |       |     |                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|-----|--------------------------------|-------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |  |                                   |       |     |                                |             |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                   |  |                                   | DESDE |     | HASTA                          |             |
|                                                                                                                                                                        |  |                                   | DÍA   | MES | AÑO                            | DÍA MES AÑO |
|                                                                                                                                                                        |  |                                   | 05    | 06  | 2026                           | 30 06 2026  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>\$ 4.195.200                                                                                                                            |  | TIPO DE SERVICIOS:<br>ASISTENCIAL |       |     | VALOR HORA / DÍA:<br>\$ 22.800 |             |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)                                                                                       |  |                                   |       |     |                                |             |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO               |              |
|-------------------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                        | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 4.195.200 |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 912.000   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 912.000   |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | 184          |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | 40           |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 3.283.200 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         | 21.7 %       |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

|                               |                        |                        |           |            |               |                                |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|--------------------------------|
| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
| —                             | \$ 0                   | \$ 0                   | III       | \$ 0       | \$ 0          | —                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <div>  <p>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR<br/>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br/>CC: 52497033</p> </div> | <div>  <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>MYRIAM PIEDAD LIZCANO VALBUENA<br/>CC: 63484680</p> </div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                               | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS             |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     | VERSIÓN: 4         |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     | PÁGINA: 1 DE 1     |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     | FECHA: 07/11/2024  |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |  |  | UNIDAD: SALUD PUBLICA RIONEGRO |                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 4395-2026                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |  |  | PERIODO CERTIFICADO            | Día                                                                                                                                                         | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: SANDRA MIREYA SÁNCHEZ                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |  |  |                                | 05                                                                                                                                                          | 06  | 2026               | 30  | 06  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MYRIAM PIEDAD LIZCANO VALBUENA                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |  |  | DOCUMENTO: 63484680            |                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                        |                                                                         |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 21.7 %                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |  |  |                                |                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |  |  |                                | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 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.                                                                             |                                                                         |  |  |                                | Asistir a proceso de inducción insitucional y de la línea                                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, conectores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC.                                       |                                                                         |  |  |                                | Se realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión.                                                                                                                      |                                                                         |  |  |                                | Preauditoria de las actas entregadas durante el mes                                                                                                         |     |                    |     |     |      |
| 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 realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| 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 realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| 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 realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| 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 realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| Participar en la implementación y evaluación de las políticas públicas, agendas locales y estrategias participativas intersectoriales y comunitarias.                                                                                                         |                                                                         |  |  |                                | Asistir a proceso de inducción insitucional y de la línea                                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| 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 realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| 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 actas de visita en las fechas y horarios estipulados                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| Aportar a los procesos de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                     |                                                                         |  |  |                                | Se realiza verificación de actas previo a su digitación y posterior verificacion por parte del equip auditor, para poder se enviadas al archivo de la línea |     |                    |     |     |      |
| 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                                                        |                                                                         |  |  |                                | Se realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| Realizar acciones de inspección vigilancia y control verificando condiciones higinicosanitarias teniendo en cuenta la normatividad vigente lineamientos de SDS                                                                                                |                                                                         |  |  |                                | Se realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |
| Realizar acciones de vigilancia epidemiológica y ambiental (Si aplica)                                                                                                                                                                                        |                                                                         |  |  |                                | Se realizaron visitas de inspeccion, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio medico veterinario y clinicas veterinarias            |     |                    |     |     |      |

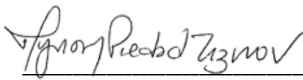
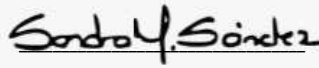
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar aportes y articulación con estrategia de autorregulación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se retroalimenta el drive de canalizaciones con el equipo de autorregulación                                                                                                                                       |
| Brindar apoyo en la planeación, programación y desarrollo de las jornadas distritales de vacunación antirrábica para caninos y felinos, en coordinación con el Proceso de Vigilancia en Salud Ambiental, dando cumplimiento a los lineamientos técnicos y coberturas establecidas por Secretaría Distrital de Salud.                                                                 | Se retroalimenta el drive de canalizaciones con el equipo de vacunación                                                                                                                                            |
| El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables.                                                                                            | Se realizaron visitas de inspección, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio médico veterinario y clínicas veterinarias                                                                   |
| Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP-PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de los servicios de la Subred.                                                                                                                                                                 | Se realizaron visitas de inspección, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio médico veterinario y clínicas veterinarias                                                                   |
| 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. | Se realiza preauditoria de los soportes entregados durante el mes                                                                                                                                                  |
| 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.                                                                  | Se realizaron visitas de inspección, vigilancia y control en la localidad de engativa, en consultorio médico veterinario y clínicas veterinarias, para dar respuesta a peticiones y solicitudes de los interesados |

OBSERVACIONES:

40 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 912.000 – NOVECIENTOS DOCE MIL PESOS M/CTE

|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fecha: 30/06/2026</p>  <p><b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b><br/>MYRIAM PIEDAD LIZCANO VALBUENA<br/>CC: 63484680</p> | <p>Fecha: 30/06/2026</p>  <p><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b><br/>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br/>CC: 52497033</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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