

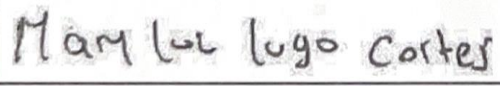
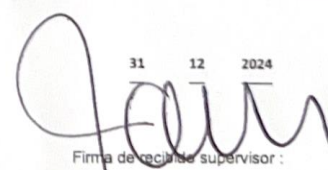
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                    |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|-----|------|
|                                                                                                                                                                               | 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 |                       |     |      |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                                    |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | LUGO CORTES MARY LUZ               |                 |                          |                 |                   | 366352                |     |      |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                             |                 | No.                      |                 | 52752104          |                       |     |      |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | marylugocortes@hotmail.            |                 | CELULAR                  |                 | 3108642816        |                       |     |      |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | EBEH                               |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | EBEH                               |                 | UNIDAD:                  |                 | Ferias            |                       |     |      |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             | Centro de costo                                                                 | %                                  | Centro de costo | %                        | Centro de costo | %                 | Centro de costo       | %   |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | A00                                                                             |                                    |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | 12                                 |                 | TIPO CUENTA              |                 | AHORROS           |                       |     |      |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 8300731802                         |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                    |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 9684-2024                          |                 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |                 |                   |                       |     |      |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 1673                                                                            | FECHA                              | 10/12/2024      | NÚMERO DE CRP: 1         | 66328           | FECHA             | 16/12/2024            |     |      |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 104                                                                             | FECHA                              | 10/01/2025      | NÚMERO DE CRP: 2         | 4553            | FECHA             | 15/01/2025            |     |      |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | DESDE                              | DIA             | MES                      | AÑO             | HASTA             | DIA                   | MES | AÑO  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                    | 17              | 12                       | 2024            |                   | 31                    | 12  | 2024 |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | Asistencial                        |                 | RESERVA DE GLOSA 2%      |                 | 0                 |                       |     |      |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    | 2,460,374                                                                       |                                    | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                    |                 | 4,920,748                |                 |                   |                       |     |      |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                    |                 | 3,530,102                |                 |                   |                       |     |      |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                    |                 | 1,069,728                |                 |                   |                       |     |      |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                    |                 | 184                      |                 |                   |                       |     |      |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                    |                 | 80                       |                 |                   |                       |     |      |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                    |                 | 0                        |                 |                   |                       |     |      |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                    |                 | 1,390,646                |                 |                   |                       |     |      |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                    |                 | 71.74 %                  |                 |                   |                       |     |      |
| 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    |                       |     |      |
| 01068015059                                                                                                                                                                                                                                                  | 162,500                                                                         | 208,000                            | 3               | 31,700                   | 26,000          | 428,200           |                       |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                                  |                 | 0                        | 0               |                   |                       |     |      |
| Se adiciona un 0 en el numero de planilla, teniendo en cuenta que se certifica con nuevo contrato en el mes de diciembre                                                                                                                                     |                                                                                 |                                    |                 |                          |                 |                   |                       |     |      |
| 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,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Mary Luz Lugo Cortes  
LUGO CORTES MARY LUZ  
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-50-03<br>VERSIÓN: 3<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 19/05/2022 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b><br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                            |     |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |           | <b>DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD</b>                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | <b>UNIDAD:</b> Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH                   |     |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | 9684-2024 | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>                                                            |  | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Mes | Año                                                                        | Día |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                       |  | 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 12  | 2024                                                                       | 31  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                                                                               |           | INGRID PAOLA LOZANO TORRES                                                            |  | 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 12  | 2024                                                                       | 31  |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                              |           | MARY LUZ LUGO CORTES                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                            |     |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |           | TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERÍA                                                    |  | <b>DOCUMENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | 52752104                                                                   |     |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):</b> 100 %                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                            |     |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                       |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                                            |     |
| 1. Desarrollar las acciones previstas en los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea                                                                                                                                                            |           |                                                                                       |  | Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones circulares de cualquier órgano externo, reglamento interno, código o directriz interna de la subred, que tenga relación con la ejecución del presente contrato, asistir a reuniones y fortalecimiento técnicos convocados.                                                                                                                                   |     |                                                                            |     |
| 2. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBEH                                                                         |           |                                                                                       |  | Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y módulos con temas de calidad para los Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                                                            |     |
| 3. Toma de medidas antropométricas                                                                                                                                                                                                                                          |           |                                                                                       |  | Se realiza toma de medidas antropométricas a todos los miembros identificados en las caracterizaciones familiares                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                                                            |     |
| 4. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario                                                  |           |                                                                                       |  | Se realizan actividades de Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en aplicativo de registro establecido por SDS |     |                                                                            |     |
| 5. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en EBE.                    |           |                                                                                       |  | Se realiza registro en aplicativo G-TAPS caracterizaciones de las familias y su núcleo familiar, incluyendo los tamizajes, planes de acción y prevención de la salud, compromisos de autocuidado en las familias, registrando las alertas de acuerdo a las patologías de cada usuario, registro en DRIVE de manzanas de malnutrición.                                                                                  |     |                                                                            |     |
| 6. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio.                                                                                        |           |                                                                                       |  | Se realizan caracterizaciones de familias en zonas Abordaje Territorial y se realiza respectiva canalización según requerimiento o clasificación de riesgo de cada usuario.                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                            |     |
| 7. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBEH                                                                                                                                                                                               |           |                                                                                       |  | Se ejecutan tamizajes según el ciclo de vida de cada usuario y familia dando respuesta oportuna a las alteraciones encontradas, realizando el seguimiento a los datos arrojados en cada tamizaje, se activan las rutas de emergencia según condiciones en salud de cada usuario, se brinda educación en alertas que puedan poner en riesgo la salud y la vida de los usuarios.                                         |     |                                                                            |     |
| 8. 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, en las temáticas definidas según los documentos operativos de EBEH. |           |                                                                                       |  | Se brinda educación a cada familia caracterizada en los riesgos de promoción y prevención de la salud, se realizan las fichas de notificación de acuerdo al conflicto del entorno familiar.                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                            |     |
| 9. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBEH.                                                                                                                                              |           |                                                                                       |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                            |     |
| 10. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los EBEH con las características de calidad y pertinencia técnica esperados                                              |           |                                                                                       |  | Se entrega soportes, formatos de firmas, bases de datos, cumpliendo con el cargue en los tiempos estipulados por los directivos, líderes de apoyo, y gestores administrativos siguiendo los lineamientos de la subred.                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                            |     |
| 11. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente                                                                                                                                                      |           |                                                                                       |  | Se apoya la gestión administrativa en: clasificar, ordenar y conservar documentos del archivo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                                                            |     |
| 12. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación                                                         |           |                                                                                       |  | Se realiza derivación a vacunación a los menores identificados en las caracterizaciones familiares, los cuales no cuentan con esquema de vacunación completo, pendiente por iniciar y continuar.                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                            |     |
| 13. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred                                                                                                                             |           |                                                                                       |  | eventos de interés de la subred, asistir a las inducciones y capacitaciones de la subred como parte de la calidad en entrega de los productos, entrega 35 caracterizaciones del mes Diciembre para cargue de la certificación y cumplimiento del contrato, entrega de actividades, entrega de soporte de planilla de pago de Aportes al sistema de seguridad social y cargue al SECOP II.                              |     |                                                                            |     |
| 14. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.                                                                                                                                                                     |           |                                                                                       |  | Se realiza solicitud de agendamiento de citas a las EAPEB de los usuarios identificados y la derivación a los entornos que según correspondan a los miembros de la familia en los predios asignados para las actividades del ejecución del contrato Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH                                                                                                                          |     |                                                                            |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                            |     |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras):</b> M/CTE (\$)                                                                                                                                                                                                                          |           |                                                                                       |  | \$ 1,069,727                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     | UN MILLÓN SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS MCTE           |     |
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>LUGO CORTES MARY LUZ<br>CC. 52.752.104                                                                                           |           |                                                                                       |  | <br>31 12 2024<br>Firma de recibido supervisor:<br>INGRID PAOLA LOZANO TORRES<br>Directora de Gestión del Riesgo en Salud                                                                                                                                                                                                         |     |                                                                            |     |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                               |           |                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                            |     |

PAGADA 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                      |                |                       |
|---------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Razón Social        | MARY LUZ LUGO CORTES |                |                       |
| Documento           | CC52752104           | Dirección      | TRAS 86 A N 61 14 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE        | Teléfono       | 7840772               |
| Tipo Persona        | NATURAL              | Forma          | ÚNICO                 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.          | Departamento   | BOGOTA D.C.           |
| Representante Legal |                      | Identificación |                       |
| Total Afiliados     | 1                    | ARP            | ARL SURA              |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado |                      |                |                   | Novedades |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos        |                     |                | Cajas          |                        |              | Parafiscales |             |                |                | Total                 |             |             |             |      |                   |       |           |
|----------------|----------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------------|---------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres  | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | P | TDE | TAE | TDA | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP       | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión         | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud              | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja              | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |           |
| CC 52752104    | MARY LUZ LUGO CORTES | 59             | 0                 |           |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     | 0        | 30       | 30       | 30             | (230201) PROTECCION | \$1,300,000    | \$208,000      | (EPS008) COMPENSAR EPS | \$1,300,000  | \$162,500    | 2.436       | \$1,300,000    | \$31,700       | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$1,300,000 | \$26,000    | \$0         | \$0  | \$0               | \$0   | \$428,200 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud   | IBC Riesgos | IBC Cajas   | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, licen-<br>cias, saldos a Favor)<br>EPS | Incapacidades<br>ARP | SUBTOTAL SIN<br>INTERESES DE<br>MORA | TOTAL<br>INTERESES<br>DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------|
| \$1,300,000 | \$1,300,000 | \$1,300,000 | \$1,300,000 | \$208,000       | \$162,500     | \$31,700        | \$26,000      | \$0          | \$0          | \$0          | \$0                   | \$0                                                    | \$0                  | \$428,200                            | \$2,000                       | \$430,200   |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder  
de lo SIMPLE!