

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA	<b>CC:</b>	1030640058
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	yefersson-figueroa@juanncorpas.edu.co	<b>TELÉFONO:</b>	3224488195
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 73B 2A 46	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>		<b>TIPO DE CUENTA:</b> CORRIENTE	<b>N° CUENTA:</b>

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 8204 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.895.989
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/12/10	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/14
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/11 AL 2025/12/31		



YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA  
PS\_8204\_2025\_A4732F

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**  
YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA  
**CC: 1030640058**  
**CEL: 3224488195**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA**

**CON C.C N°**

**1.030.640.058**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA LA RESOLUCI?N 00001146 2025 CAMAD PPL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 8204 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/12/10

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 1.172.307 **No. HORAS EJECUTADAS** 111

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 4.103.074 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.895.989

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DOS (2) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ANA MARGARET RABA SIERRA

**ITEM II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**

1 **OBLIGACION 1:** CARACTERIZACIÓN MOMENTO DEL CURSO DE VIDA, ORIENTACIÓN SEXUAL DIVERSA, PERTENENCIA ÉTNICA. 1.1 **ACTIVIDADES** se realizó inducción y revisión del proceso de caracterización de la población privada de la libertad (PPL), teniendo en cuenta el momento del curso de vida, la orientación sexual diversa y la pertenencia étnica, con el fin de garantizar un abordaje integral, diferencial y respetuoso de los derechos de la población atendida. 1.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Actas y listado de asistencia de proceso de inducción y revisión

2 **OBLIGACION 2:** REALIZAR UN EXAMEN FÍSICO COMPLETO PARA EVALUAR LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE Y DETECTAR POSIBLES SIGNOS DE ENFERMEDAD. 2.1 **ACTIVIDADES** Se realizó inducción sobre la ejecución del examen físico completo, orientado a la evaluación del estado general de salud del paciente, la identificación de signos clínicos relevantes y la detección temprana de posibles enfermedades en la población PPL. 2.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA):** actas de revisión de historias clínicas.

3 **OBLIGACION 3:** Recopilar información sobre el historial médico del paciente, incluyendo contactos con personas enfermas, exposición a factores de riesgo (como hacinamiento, desnutrición, etc.) y condiciones de salud preexistentes. 3.1 **ACTIVIDADES:** Se llevó a cabo inducción sobre la adecuada recopilación de la información del historial médico del paciente, incluyendo antecedentes personales, contactos con personas enfermas, exposición a factores de riesgo como hacinamiento, desnutrición y otras condiciones ambientales, así como la identificación de enfermedades preexistentes. 3.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Acta y listado de asistencia de socialización con dupla.

4 **OBLIGACION 4.** Realizar el análisis de factores de riesgo de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas de las personas objeto del proyecto. 4.1 Se proyecta realizar el análisis de los factores de riesgo asociados a enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas en la población privada de la libertad del Establecimiento Penitenciario El Buen Pastor, en el marco del proyecto CAMAD PPL, a partir de la información que se obtendrá mediante las valoraciones médicas, los tamizajes en salud, el apoyo en pruebas POCT y la revisión de historias clínicas, una vez iniciadas las actividades asistenciales. Este análisis permitirá identificar factores de riesgo como el hacinamiento, el consumo de sustancias psicoactivas, la desinformación frente a infecciones de transmisión sexual, las condiciones de vulnerabilidad social, la presencia de comorbilidades físicas y trastornos de salud mental. 4.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA)** acta y listado de asistencia de acuerdos para esta fase de inducción con la coordinación y la dupla

5 **OBLIGACION 5.** Efectuar de manera oportuna canalizaciones a servicios de salud derivaciones de acuerdo con riesgo identificado. 5.1 **ACTIVIDADES:** Se realizó inducción sobre el proceso de toma de decisiones oportunas en salud, explicando cómo identificar las características clínicas de la enfermedad y los criterios para realizar canalizaciones oportunas a los servicios de salud, según el nivel de riesgo identificado. 5.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Acta y listado de asistencia de apropiación de lineamientos.

6 **OBLIGACION 6.** Promover estrategias preventivas y de gestión del riesgo en la PPL de la Cárcel El Buen Pastor. 6.1 **ACTIVIDADES:** Se realizó inducción sobre las estrategias preventivas y de gestión del riesgo, explicando cómo deben ser aplicadas en campo en la Cárcel El Buen Pastor, de acuerdo con el perfil epidemiológico y las necesidades de la población atendida. 6.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Acta y listado de proceso de inducción.

7 **OBLIGACION 7:** Realizar del manejo del síndrome de abstinencia de acuerdo con la sustancia que lo provoca. 7.1 **ACTIVIDADES:** Se evaluaron los tipos de sustancias psicoactivas más frecuentes en la población PPL y se realizó inducción sobre los signos, síntomas y manejo del síndrome de abstinencia, de acuerdo con la sustancia que lo provoca. 7.2 **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Actas y listado de asistencia de revisión.

**OBLIGACION 8:** Realizar la identificación de comorbilidades y preexistencias y solicitud de pruebas o paraclínicos según necesidad o criterio médico, incluido el diagnóstico y tratamiento de hepatitis virales. 8.1 **ACTIVIDADES:** Se realizó inducción sobre la identificación de comorbilidades y enfermedades preexistentes, así como sobre los criterios para la solicitud de pruebas diagnósticas y paraclínicos, el establecimiento de diagnósticos y la definición de tratamientos según la condición clínica del paciente, incluyendo enfermedades persistentes. 8.2

8	PRODUCTO (EVIDENCIA) actas y listado de asistencia entregado a la coordinación.
9	OBLIGACION 9: Generar un plan de cuidado acorde con las necesidades, riesgos identificados y diagnóstico establecido. OBLIGACION 9.1 Se realizó inducción sobre la elaboración de planes de cuidado acordes con las necesidades y los riesgos identificados, con énfasis en pacientes con consumo de sustancias y riesgo de sobredosis OBLIGACION 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Acta y listado de asistencia
10	OBLIGACION 10. Realizar las intervenciones y evaluaciones por realizar con los profesionales de salud con entrenamiento en Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. 10.1 ACTIVIDADES: Se realizó inducción sobre las intervenciones y evaluaciones a desarrollar con profesionales de salud entrenados en la Guía de Intervención mhGAP, para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, en el nivel de atención no especializada 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y listados de inducción.
11	OBLIGACION 11. Apoyar con el proceso administrativo del proyecto de acuerdo a los aspectos técnicos y metodológicos del proyecto. ACTIVIDADES 11.1 Se realizó inducción sobre el apoyo al proceso administrativo del proyecto, de acuerdo con los aspectos técnicos y metodológicos, incluyendo la elaboración de informes mensuales y el seguimiento de las actividades desarrolladas 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIO): actas y listados de asistencia
12	OBLIGACION 12. Realizar la remisión al componente complementario en caso de ser necesario y notificación a SIVIGILA según necesidad. Para la atención de usuarios y usuarios de otras EPAB registrar la información en la matriz de información. 12.1 ACTIVIDADES: Se revisaron los criterios para la remisión al componente complementario cuando se identifica riesgo, así como el diligenciamiento de los formatos requeridos para la notificación a SIVIGILA, según el tipo de evento y usuario atendido. Para la atención de usuarios de otras EAPB, se explicó el registro de la información en la matriz correspondiente. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y listados de asistencia de revisión de criterios
13	OBLIGACION 13. Participar en los espacios que se convoquen por parte del nivel central o de la persona líder del proyecto. 13.1 ACTIVIDADES: Se participó en los espacios de inducción convocados por el nivel central y la coordinación del proyecto, revisando lineamientos, lecturas del programa CAMAD y las actividades programadas para el mes de diciembre. 13.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y listados de asistencia.
14	OBLIGACION 14. Implementar el plan educativo individual y grupal para las personas privadas de la libertad. 14.1 ACTIVIDADES: Se realizó la implementación del plan educativo individual y grupal dirigido a las personas privadas de la libertad, abordando temas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y estrategias de reducción de riesgos y daños, de acuerdo con los lineamientos técnicos del programa CAMAD, las necesidades identificadas durante la atención a la población del Establecimiento Penitenciario El Buen Pastor y los enfoques de salud pública y derechos humanos. 14.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y listados de asistencia de inducción.
15	OBLIGACION 15. Apoyar con la elaboración del informe mensual general de acuerdo a los avances de ejecución del proyecto. 15.1 ACTIVIDADES: Se explicó el proceso para la elaboración del informe mensual general, de acuerdo con los avances y la ejecución del proyecto. 15.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) acta y listado de asistencia de inducción e informe en el drive del mes de diciembre.
16	OBLIGACION 16. Diligenciar los formatos propios de las intervenciones que se realicen de acuerdo a las actividades ejecutadas. 16.1 ACTIVIDADE: Se realizó inducción sobre el diligenciamiento de los formatos propios de las intervenciones, conforme a las actividades ejecutadas y los lineamientos establecidos. 16.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): acta y listado de asistencia de inducción con la dupla de medicina.
17	OBLIGACION 17. Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. 17.1 ACTIVIDADES Se realizó inducción sobre la gestión documental de cada actividad desarrollada durante el mes, incluyendo la organización de soportes y la entrega mensual de la documentación al líder del proceso. 17.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): apoyo en la gestión documental acta de acompañamiento por parte de la coordinación.
18	OBLIGACION 18. Demás concernientes en el marco del presente proyecto RESOLUCIÓN 00001146/2025 CAMAD PPL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 18.1 ACTIVIDADES: Se desarrollaron las demás actividades concernientes en el marco del presente proyecto, conforme a la Resolución 001146 de 2025 del programa CAMAD/CAMAT PPL del Ministerio de Salud y Protección Social. 18.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) actas de acuerdo a los requerimientos de la coordinación.

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-11) AL (2025-12-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR		\$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA</i>  <i>PS_8204_2025_A4732F</i></p> <hr/> <p><b>YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA</b>  <b>CC: 1030640058</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p><i>LILIESBELSSY LLANOS CASTRO</i>  <i>PS_8204_2025_A4732F</i></p> <hr/> <p><b>LILIESBELSSY LLANOS CASTRO</b>  <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>ANA MARGARET RABA SIERRA</i>  <i>PS_8204_2025_A4732F</i></p> <hr/> <p><b>ANA MARGARET RABA SIERRA</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>