

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS			CC:	65701821
CORREO ELECTRÓNICO:	ASTRIDYP1410@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123640302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38 SUR 72Q 53			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488410856246
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2118 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.956.940	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS PS_2118_2025_F80034 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS CC: 65701821 CEL: 3123640302					

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

ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS

CON C.C N°

65.701.821

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2118 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 23.827.760	No. HORAS EJECUTADAS	220
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 78.440.220	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.956.940
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

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	1.REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE CADA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL MES, LA ACTIVIDAD DEBERA SER REALIZADA DE MANERA MENSUAL. 1.1 ACTIVIDADES: SE GUARDAN LOS ARCHIVOS TRABAJADOS EN CARPETAS EN EL DRIVE DEL CORREO ISTITUCIONAL. 1.2: EVIDENCIA: ARCHIVOS EN EXCEL Y WORD
---	---

2	2. RADICAR EN GESTION DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCION DEL CONTRATO NO SE DEBERA CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO. (NO SE TIENE ARCHIVO PENDIENTE PARA RADICAR , TODO SE GUARDA SISTEMATIZADAMENTE EN EL DRIVE DEL CORREO)
---	---

3	3. SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE GESTION DOCUMENTAL DEL TALENTO HUMANO BAJO SU SUPERVISION. 3.1 ACTIVIDAD: SE GUARDAN LOS ARCHIVOS EN CARPETAS COMPARTIDAS. 3.2 EVIDENCIA: BASES DE EXCEL, ACTAS, FICHAS EPIDEMIOLOGICAS
---	--

4	4. APOYAR, ASESORAR AL PERSONAL ENCARGADO DE LA NOTIFICACION EN LAS UNIDADES EN CUANTO AL INGRESO DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA AL APLICATIVO SIVIGILA, TENIENDO EN CUENTA LOS PROTOCOLOS DEL INS.4.1 ACTIVIDAD: REALIZAR VISITAS A LAS UPGD, RECIBIR LLAMADAS TELEFÓNICAS, ENVÍO Y RESPUESTA DE CORREOS ELECTRÓNICOS. 4.2 EVIDENCIA: ACTAS, CORREO ELECTRÓNICO
---	--

5	5. REVISION Y ANALISIS DE CASOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA JUNTO CON EL EQUIPO DE SALUD PUBLICA.5 1 ACTIVIDAD:DESCARGA Y REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS, 5.2 EVIDENCIA: ACTAS, CORREO ELECTRONICO.
---	---

6	6. REALIZAR SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACION DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS EN CUANTO A OPORTUNIDAD Y CALIDAD EN CADA UNA DE LAS UNIDADES A TRAVES DE LA PERSONA ENCARGADA DE LA NOTIFICACION. 6.1 ACTIVIDAD: DESCARGA DE BASES DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS EL SIVIGLA WEB 4.0. 6.2 EVIDENCIA: BASE DE EXCEL, ACTAS.
---	--

7	7. REALIZAR CAPACITACION E INDUCCION DEL TALENTO HUMANO NUEVO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA (SIVIGILA) 7.1 ACTIVIDAD: REALIZAR CAPACITACION. 7.2 EVIDENCIA:PRESENTACION Y ACTA.
---	---

8	8. REALIZAR CAPACITACIONES DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA AL PERSONAL ASISTENCIAL DE CADA UNA DE LAS UNIDADES. 8.1 ACTIVIDAD: REALIZAR CAPACITACION. 8.2 EVIDENCIA:PRESENTACION Y ACTA
---	--

9	9. GESTIONAR, SOLICITAR AL PIC RETROALIMENTACION EN LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 9.1 ACTIVIDAD:SOLICITUD POR CORREO ELECTRONICO. 9.2 EVIDENCIA: CORREO ELECTRONICO, ACTA.
---	--

10	10. ASISTIR A CAPACITACIONES QUE DERIVEN DE LA LABOR REALIZADA. 10.1 ACTIVIDAD: ASISTENCIA Y PARTICIPACION. 10.2 EVIDENCIA: ACTA DE ASISTENCIA.
----	---

11	11. ASISTIR A LOS COVES LOCALES Y DISTRITALES ORGANIZADOS PROGRAMADOS PARA CADA EVENTO. (NO APLICA PARA ESTE MES, NO HUBO PROGRAMACION).
----	--

12	12. este número de actividad no está en el contrato
----	---

13	13. APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN LAS VISITAS REALIZADAS POR PERSONAL DE SDS A LOS PLANES DE RESPUESTA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA EN CADA UNA DE LAS UNIDADES. . (NO APLICA PARA ESTE MES, NO HUBO PROGRAMACION DE VISITAS)
----	---

14	14. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y RECEPCION DE ASISTENCIAS TECNICAS AL SIVIGILA REALIZADAS POR EL PIC A LAS DIFERENTES UNIDADES. 14.1 ACTIVIDAD: REVISIÓN DE LISTA DE CHEQUEO. 14.2 EVIDENCIA: ACTA DE ASISTENCIA TECNICA.
15	15. RECEPCION DE VISITAS Y/O AUDITORIAS EXTERNAS QUE DERIVEN DEL PROCESO REALIZADO. 15.1 ACTIVIDAD: REVISION DE CASOS DE NOTIFICACION DE MORBILIDAD MATERNA, REVISION DE HISTOIAS CLINICAS. 15.2 EVIDENCA: ACTA DE VISITA
16	16. REALIZAR RETROALIMENTACION A LOS LIDERES DE LA UNIDADES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL PROCESO DE NOTIFICACION. 16.1 ACTIVIDAD: ENVÍO DE CORREO ELECTRONICO, PARTICIPACION Y PRESENTACION DE COMITÉ INSTITUCIONAL. 16.2 ACTA DE COMITÉ, CORREO ELECTRONICO.
17	17. PARTICIPAR EN REUNIONES INSTITUCIONALES CON OTRAS AREAS PARA ARTICULACION Y MEJORA EN EL PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INSTITUCIONAL. (NO APLICA PARA ESTE MES, NO HUBO PROGRAMACION DE REUNIONES)
18	18. APOYAR Y ASESORAR EN LA REALIZACION DE PLANES DE MEJORA SOLICITADOS SEGUN HALLAZGOS DE ASISTENCIAS TECNICAS DEL PIC Y SOCIALIZACION DE LOS MISMOS. (NO APLICA PARA ESTE MES, NO SE RALIZARON PLANES DE MEJORA PRODUCTO DE ASISTENCIAS TECNICAS)
19	19. RECEPCION DE VISITAS DE SEGUIMIENTOS A LOS PLANES DE MEJORA. 19.1ACTIVIDAD: ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LAS EVIDENCIAS. 19.2 EVIDENCIAS: ACTA DE SEGUIMIENTO.
20	20. RECEPCION DE VISITAS PARA SOCIALIZACION DE ASISTENCIAS TECNICAS REALIZADAS EN CADA UNIDAD. 20.1 ACTIVIDAD: DESPLAZAMIENTO A LA UNIDAD Y ATENCION DE LA VISITA. 20.2 EVIDENCIA: ACTA.
21	21. RECEPCION, REVISION Y ANALISIS DE LA BASE SIVIM CONSOLIDADA PARA LA GENERACION DE INDICADOR Y PRESENTACION PARA SER ENTREGADO LOS 10 PRIMEROS DIAS DE CADA MES PARA COMITE DE VIOLENCIA SEXUAL. 21.1 ACTIVIDAD: RECEPCION Y ANALISIS DE LA BASE SIVIM, GENERACION DE LA ESTADISTICA. 21.2: EVIDENCIA: BASE EXCEL Y CORREO ELECTRONICO.
22	22. RECEPCION, REVISION Y ANALISIS DE LA BASE DE MORTALIDAD MAYOR A 48 HORAS PARA GENERAR INDICADOR Y SER ENTREGADO LOS 10 PRIMEROS DIAS DE CADA MES A LA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO.(NO APLICA , ESTA ACTIVIDAD LA REALIZA OTRA PERSONA)
23	23. RECEPCION, REVISION Y ANALISIS DE LAS DESCARGAS DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION PARA GENERAR LOS INDICADORES DE: MORTALIDAD MATERNA; MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL; BAJO PESO AL NACER; SIFILIS CONGENITA; MORTALIDAD INFANTIL; MORTALIDAD MENOR DE CINCO AÑOS, MORTALIDAD POR IRA Y NEUMONIA Y SER ENTREGADO LOS 10 PRIMEROS DIAS DE CADA MES A LA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO. 23.1 ACTIVIDAD: DESCARGA Y ANALISIS DE LAS BASES, GENERACION DE LOS INDICADORES. 23.2: EVIDENCIA: BASE EXCEL Y CORREO ELECTRONICO.
24	24. RECEPCION, REVISION Y ANALISIS DE LAS DESCARGAS DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION Y DE HECHOS VITALES PARA GENERAR INDICADORES TRIMESTRALES: PLAN DE ACCION; POA; MATRIZ DE RIESGO, INDICADORES DE ACREDITACION Y SER ENTREGADO MENSUALMENTE A LA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO.24.1 ACTIVIDAD: DESCARGA Y ANALISIS DE LAS BASES, GENERACION DE LOS INDICADORES. 24.2: EVIDENCIA: BASE EXCEL Y CORREO ELECTRONICO.
25	25. REALIZAR SOLICITUD DE LAS HISTORIAS CLINICAS AL AREA DE GESTION DOCUMENTAL Y POSTERIOR ENVIO A LAS AREAS SOLICITADAS PARA REALIZACION DE LOS COVES DISTRITALES. 25.1 ACTIVIDAD: DESCARGA DE HISTORIAS CLINICAS Y ENVIO POR CORREO ELECTRONICO DE LAS MISMAS. 25.2 EVIDENCIA: CORREO ELECTRONICO.
26	26. REVISION Y GESTION DE CORREOS INSTITUCIONALES DE SIVIGILA, PARA DAR RESPUESTA A COMUNICACIONES, OFICIOS EN CADA UNA DE LAS PLATAFORMA OFICIALES DE LA SUBRED Y DEMAS SOLICITUDES. 26.1 ACTIVIDAD: REVISION DIARIA DEL CORREO ELECTRONICO, RESPUESTA A OFICIOS, RESPUESTA A SOLICITUDES. 26.2 EVIDENCIA: OFICIOS DE AGIL SALUD, ACTAS , ENVÍO DE RESPUESTA DE CORREOS.
27	27. REALIZAR LA CERTIFICACION DE LOS SOPORTES DE LAS CUENTAS DE COBRO DE TODO EL TALENTO HUMANO ASOCIADO AL PROCESO, APORTES DE GURIDAD SOCIAL, RADICACION Y VISTO BUENO DE LAS MISMAS EN LA DIRECCION.27.1 ACTIVIDAD: INFORMAR TIEMPOS DE ENTREGA DE CUENTAS, REVISION EN LA PLATAFORMA SIGCO DE LAS CUENTAS DE COBRO. 27.2 EVIDENCIA: PLATAFORMA SIGCO SIN PENDIENTES DE APROBACION.
28	28. LAS DEMAS QUE EL SUPERVISOR CONSIDERE NECESARIAS PARA LA OPTIMA PRESTACION DEL SERVICIO.28.1 ACTIVIDAD: LAS QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS. 28.2 EVIDENCIAS: LAS QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1076537516	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SALUD TOTAL	2025/11/17	\$ 297.900
PENSIÓN:		COLPENSIONES	2025/11/17	\$ 381.300
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA	2025/11/17	\$ 58.100
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 737.300

- 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 ibc 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS PS_2118_2025_F80034 ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS CC: 65701821
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANA MARGARET RABA SIERRA PS_2118_2025_F80034 ANA MARGARET RABA SIERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO