

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON		CC:	1026260621	
CORREO ELECTRÓNICO:	diana.solorzano2679@gmail.com		TELÉFONO:	3138410914	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90C 6A 67		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	455900125200

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5238 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.975.500
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON
PS_5238_2025_CBFBBF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

CC: 1026260621

CEL: 3138410914

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

DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

CON C.C N°

1.026.260.621

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA ESPECIALIZADO 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 5238 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.926.500	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 49.755.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.975.500
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

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

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

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)

- | 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. Prestar servicios profesionales especializados, de manera personal y autónoma, en la dirección de gestión integral del riesgo en salud, participando en los procesos de planeación, ejecución, monitoreo y seguimiento de los indicadores de interés en salud pública.
1.1 Revisar y actualizar herramientas de monitoreo institucional.
1.2 Elaborar, mantener y realizar seguimiento a los tableros de indicadores de infancia y adolescencia (tableros y herramientas del mes). |
| 2 | 2. Realizar procesos de análisis de información, generación de alertas de riesgo, asistencia técnica y acompañamiento a los diferentes servicios, unidades y personas de la institución, según el tema asignado.
2.1 Realizar y hacer seguimiento a los indicadores de alertas de las cohortes de infancia y adolescencia.
2.2 Diseñar e implementar estrategias para la mejora de los indicadores de alerta (incluyendo piezas comunicativas como VPH). |
| 3 | 3. Realizar seguimiento a la implementación de rutas de atención y rutas de riesgo, de acuerdo con los diferentes momentos del curso de vida y el tema asignado.
3.1 Priorizar indicadores con resultados críticos (en estado rojo).
3.2 Coordinar acciones con las unidades de la subred para la priorización de casos, incluyendo el cargue de información en Drive institucional y la demanda inducida junto con el personal auxiliar de infancia y adolescencia. |
| 4 | 4. Reportar de manera oportuna los eventos de notificación obligatoria, conforme a la normatividad vigente, ante las entidades competentes para los eventos de interés en salud pública o alertas de riesgo.
4.1 Revisar el correo institucional y priorizar casos especiales.
4.2 Gestionar, junto con el personal auxiliar, las citas requeridas por las entidades solicitantes.
4.3 Enviar información clínica y documental requerida (historias clínicas, soportes y otros documentos). |
| 5 | 5. Garantizar el cumplimiento de los protocolos y guías institucionales, generando alertas ante la ausencia o incumplimiento de los mismos.
5.1 Actualizar protocolos y documentos institucionales cuando sea requerido (manual RPMS, protocolos de inserción y retiro de DIU, implante subdérmico, entre otros).
5.2 Revisar y validar protocolos y documentos institucionales según requerimientos internos o normativos. |
| 6 | 6. Apoyar la gestión y operación de la atención integral en salud, identificando eventos de alto costo y generando las alertas de riesgo necesarias.
6.1 Articular acciones con líderes de las diferentes unidades para definir estrategias de mejora de indicadores.
6.2 Apoyar la planeación y ejecución de jornadas de salud. |
| 7 | 7. Realizar el seguimiento y monitoreo de las cohortes de riesgo, de acuerdo con el modelo institucional y la normatividad distrital y nacional vigente.
7.1 Monitorear mensualmente los indicadores y compararlos con las metas establecidas.
7.2 Elaborar informes trimestrales de seguimiento. |
| 8 | 8. Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento, verificando la calidad y consistencia del dato.
8.1 Revisar y supervisar la información cargada por el personal técnico en los repositorios institucionales (Drive de las unidades).
8.2 Actualizar mensualmente las bases de datos.
8.3 Enviar bases de datos a las unidades involucradas en jornadas de salud sexual y reproductiva. |
| 9 | 9. Construir análisis, tableros de indicadores y documentos requeridos por la institución o por entidades externas.
9.1 Realizar seguimiento a los tableros de indicadores de la RPMS de las cohortes de infancia y adolescencia.
9.2 Analizar alertas, indicadores de resultado y riesgo poblacional de las diferentes EAPB. |

10	10. Comunicar de manera oportuna, clara y permanente el riesgo en salud a los diferentes actores involucrados, garantizando información de calidad. 10.1 Mantener comunicación constante con la líder de la RPMS. 10.2 Informar a los líderes de las unidades sobre alertas generadas y requerimientos realizados por las EAPB.
11	11. Acompañar el adecuado funcionamiento de los subsistemas de vigilancia en salud pública, mediante análisis, capacitación y seguimiento a los procesos de notificación y análisis de eventos. 11.1 Asistir a reuniones, mesas técnicas y capacitaciones convocadas por la subred, las EAPB o la Secretaría de Salud. 11.2 Asistencia a reuniones convocadas por la dirección de gestión del riesgo.
12	12. Participar en la construcción, seguimiento y reporte oportuno de los indicadores institucionales, garantizando el cumplimiento de los criterios de calidad de la información. 12.1 Diseñar y mantener el tablero de seguimiento de métodos de planificación familiar de la subred. 12.2 Definir y hacer seguimiento a indicadores de la subcohorta de salud sexual.
13	13. Realizar la gestión documental de las actividades ejecutadas, asegurando la entrega oportuna de productos y soportes. 13.1 Entregar los productos en los tiempos establecidos por la subred. 13.2 Entrega de tableros de indicadores: día 10 de cada mes, herramientas por EAPB: día 20 de cada mes, tableros de salud sexual y reproductiva y alertas: día 20 de cada mes.
14	14. Radicar en el sistema de gestión documental los soportes generados, conforme a la tabla de retención documental. 14.1 Entregar los documentos requeridos para su cargue en la plataforma Almera. 14.2 Entrega de planes de mejora en la plataforma almera.

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° 9493436329	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/20	\$ 248.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/20	\$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/20	\$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 615.800

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



DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

PS_5238_2025_CBFBBF

DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON

CC: 1026260621



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_5238_2025_CBFBF

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**