

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA		CC:	1030640058	
CORREO ELECTRÓNICO:	yefersson-figueroa@juanncorpas.edu.co		TELÉFONO:	3224488195	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73B 2A 46		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24085163085

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8204 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.861.533
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/03/02
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA
PS_8204_2025_8A523B

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** **167**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **16.247.328** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **5.861.533**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS **DOS (2) MESES Y VEINTE (20) DÍAS**

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)

1 **OBLIGACIÓN 1: CARACTERIZACIÓN MOMENTO DEL CURSO DE VIDA, ORIENTACIÓN SEXUAL DIVERSA Y PERTENENCIA ÉTNICA**
1.1 ACTIVIDADES:
 Se realizó acompañamiento en el 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 de acompañamiento y aprendizaje sobre los temas abordados.

2 **OBLIGACIÓN 2: REAREALIZAR UN EXAMEN FÍSICO COMPLETO PARA EVALUAR LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE Y DETECTAR POSIBLES SIGNOS DE ENFERMEDAD**
2.1 ACTIVIDADES:
 Se acompañó la ejecución del examen físico completo, orientado a la evaluación del estado general de salud del paciente y la identificación de signos clínicos relevantes.
2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA):
 Actas de reunión y revisión del diligenciamiento de historias clínicas.

3 **OBLIGACIÓN 3: RECOPIRAR 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.**
2.1 ACTIVIDADES: Se acompañó la ejecución del examen físico completo, orientado a la evaluación del estado general de salud del paciente y la identificación de signos clínicos relevantes. **2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA):** Actas de reunión y revisión del diligenciamiento de historias clínicas.

4 **OBLIGACIÓN 4: REALIZAR EL ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS PERSONAS OBJETO DEL PROYECTO.**
4.1 ACTIVIDADES:
 Se realizó acompañamiento en el análisis de factores de riesgo asociados a enfermedades infecciosas y crónicas, a partir de la información obtenida en valoraciones médicas, revisión de historias clínicas, tamizajes y apoyo en pruebas POCT, permitiendo identificar condiciones como hacinamiento, consumo de sustancias, comorbilidades y vulnerabilidad social.
4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA):
 Actas de acompañamiento y revisión del proceso de análisis.

5 **OBLIGACIÓN 5: EFECTUAR DE MANERA OPORTUNA CANALIZACIONES A SERVICIOS DE SALUD DERIVACIONES DE ACUERDO CON RIESGO IDENTIFICADO.**
5.1 ACTIVIDADES:
 Se realizó acompañamiento en la identificación de riesgos clínicos y en la toma de decisiones para realizar canalizaciones oportunas a los servicios de salud, de acuerdo con los diagnósticos identificados.
5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA):
 Actas de revisión de casos y seguimiento.

6	<p>OBLIGACIÓN 6: PROMOVER ESTRATEGIAS PREVENTIVAS Y DE GESTIÓN DEL RIESGO EN LA PPL DE LA CÁRCEL EL BUEN PASTOR.</p> <p>6.1 ACTIVIDADES: Se acompañó la implementación de estrategias preventivas y de gestión del riesgo en la población PPL, de acuerdo con el perfil epidemiológico y las necesidades identificadas.</p> <p>6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acompañamiento.</p>
7	<p>OBLIGACIÓN 7: REALIZAR DEL MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ACUERDO CON LA SUSTANCIA QUE LO PROVOCA</p> <p>7.1 ACTIVIDADES: Se realizó acompañamiento con la dupla en la identificación de tipos de sustancias psicoactivas consumidas y en el manejo del síndrome de abstinencia según cada sustancia.</p> <p>7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia de revisión con la dupla.</p>
8	<p>OBLIGACIÓN 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.</p> <p>8.1 ACTIVIDADES: Se realizó acompañamiento en la identificación de comorbilidades, enfermedades preexistentes y en la solicitud de pruebas diagnósticas y paraclínicos según criterio médico, incluyendo seguimiento a casos de enfermedades persistentes.</p> <p>8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia con la dupla médica.</p>
9	<p>OBLIGACIÓN 9: GENERAR UN PLAN DE CUIDADO ACORDE CON LAS NECESIDADES, RIESGOS IDENTIFICADOS Y DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO.</p> <p>9.1 ACTIVIDADES: Se realizó acompañamiento en la elaboración de planes de cuidado acordes con las necesidades y riesgos identificados en los pacientes atendidos.</p> <p>9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acompañamiento.</p>
10	<p>OBLIGACIÓN 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.</p> <p>10.1 ACTIVIDADES: Se realizó acompañamiento en las intervenciones y evaluaciones desarrolladas por los profesionales de salud entrenados en la Guía mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.</p> <p>10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acompañamiento grupal.</p>
11	<p>OBLIGACIÓN 11: APOYAR CON EL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL PROYECTO DE ACUERDO A LOS ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS DEL PROYECTO.</p> <p>11.1 ACTIVIDADES: Se realizaron acompañamientos en los procesos administrativos del proyecto, incluyendo aspectos técnicos, metodológicos y la elaboración de informes mensuales, con seguimiento permanente a las actividades ejecutadas.</p> <p>11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acompañamiento y seguimiento de informes.</p>
12	<p>OBLIGACIÓN 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.</p> <p>12.1 ACTIVIDADES: Se acompañó el proceso de remisión al componente complementario cuando se identificó riesgo y el diligenciamiento de formatos para notificación a SIVIGILA y registro en matrices de información.</p> <p>12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.</p>
13	<p>OBLIGACIÓN 13: PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS QUE SE CONVOQUEN POR PARTE DEL NIVEL CENTRAL O DE LA PERSONA LÍDER DEL PROYECTO.</p> <p>13.1 ACTIVIDADES: Se participó en los espacios convocados por el nivel central y la coordinación del proyecto, realizando revisiones de lineamientos y programación de actividades.</p> <p>13.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.</p>
14	<p>OBLIGACIÓN 14: IMPLEMENTAR EL PLAN EDUCATIVO INDIVIDUAL Y GRUPAL PARA LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.</p> <p>14.1 ACTIVIDADES: Se implementó el plan educativo individual y grupal, elaborando fichas metodológicas sobre consumo de sustancias psicoactivas, juego patológico, salud mental y prevención de riesgos.</p> <p>14.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.</p>

15	<p>OBLIGACIÓN 15: APOYAR CON LA ELABORACIÓN DEL INFORME MENSUAL GENERAL DE ACUERDO A LOS AVANCES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO.</p> <p>15.1 ACTIVIDADES: Se acompañó la elaboración del informe mensual general de acuerdo con los avances y ejecución del proyecto.</p> <p>15.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Informe mensual y actas de acompañamiento.</p>
16	<p>OBLIGACIÓN 16: DILIGENCIAR LOS FORMATOS PROPIOS DE LAS INTERVENCIONES QUE SE REALICEN DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS.</p> <p>16.1 ACTIVIDADES: Se realizaron acompañamientos en el diligenciamiento de los formatos propios de las intervenciones realizadas, conforme a los lineamientos establecidos.</p> <p>16.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acompañamiento con la dupla de medicina y reportes.</p>
17	<p>OBLIGACIÓN 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.</p> <p>17.1 ACTIVIDADES: Se realizó seguimiento y acompañamiento a la gestión documental de cada actividad desarrollada durante el mes, incluyendo la organización y entrega de soportes.</p> <p>17.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acompañamiento y soportes documentales.</p>
18	<p>OBLIGACIÓN 18: DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE PROYECTO RESOLUCIÓN 00001146/2025 CAMAD PPL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p>18.1 ACTIVIDADES: Se desarrollaron las demás actividades concernientes en el marco del proyecto CAMAD PPL, conforme a la Resolución 001146 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>18.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acuerdo con los requerimientos de la coordinación.</p>

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497915683-9497986924	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/15	\$ 194.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/15	\$ 249.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/15	\$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 482.200

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA

PS_8204_2025_8A523B

YEFERSSON CAMILO FIGUEROA ACOSTA

CC: 1030640058

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LILIESBELSSY LLANOS CASTRO

PS_8204_2025_8A523B

LILIESBELSSY LLANOS CASTRO

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_8204_2025_8A523B

ANA MARGARET RABA SIERRA

SUPERVISOR DEL CONTRATO