

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA	CC:	1013588177		
CORREO ELECTRÓNICO:	DAMAG_19@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3004542890		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 8 90	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488413891869

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7970 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.980.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/21	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA  
PS\_7970\_2025\_04031D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA  
CC: 1013588177  
CEL: 3004542890

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

**MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA**

**CON C.C N° 1.013.588.177**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7970 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/11/21</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 993.600	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 18.878.400	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.980.800
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** SIETE (7) MESES

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE

**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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)   |
|------|---|
| 1    | <p>Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>1.1 Actividades desarrolladas: Realiza seguimiento a la población susceptible objeto del Programa ampliado de inmunizaciones, garantizando la calidad y oportunidad en la atención, aplicando los lineamientos del programa y los instructivos establecidos en la caja de herramientas. Diligencia los formatos sin enmendaduras ni tachones, asegurando información completa, clara y congruente. Garantiza la cadena de frío, la custodia de los inmunobiológicos y de los dispositivos médicos, y vacuna la población susceptible según el PAI e inicia las actividades de acuerdo con la programación establecida.</p> <p>1.2 Productos (evidencias): Registro en el módulo de la cohorte o base según actividad asignada.</p>  |
| 2    | <p>Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2.1 Actividades desarrolladas: Elabora el cronograma mensual conforme a la planeación del programa, asegurando el inicio oportuno de las actividades.</p> <p>2.2 Productos (evidencias): Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios.</p>  |
| 3    | <p>Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se soliciten conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>3.1 Actividades desarrolladas: Ejecuta las tácticas de vacunación extramural garantizando la aplicación oportuna de los biológicos y la atención segura a la población. Cumple los lineamientos del PAI y los instructivos de los formatos de la caja de herramientas, diligencia los formatos sin tachones ni enmendaduras, y asegura la cadena de frío y custodia de los inmunobiológicos, política de frasco abierto.</p> <p>3.2 Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla, kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento a la cohorte en el aplicativo distrital o base asignada.</p> |
| 4    | <p>Obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>4.1 Actividades desarrolladas: Da cumplimiento a las actividades establecidas según planes de mejora. Desarrolla las acciones de manera oportuna y bajo los protocolos establecidos. cumple con la correcta disposición de residuos, técnica aséptica, presentación personal, cumple con la vacunación segura sin barreras, realizar demanda inducida.</p> <p>4.2 Productos (evidencias): calidad del dato y seguimiento a la población susceptible en el módulo cohortes. Actas o listas de chequeo.</p>  |
| 5    | <p>Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>5.1 Actividades desarrolladas: Aplica los conocimientos técnicos de auxiliar de enfermería y los lineamientos del programa, los correctos de administración de medicamentos, apropiándose de los instructivos de la caja de herramientas, esquema nacional de vacunación vigente. Diligencia registros con información veraz y coherente, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la conservación y custodia adecuada de los biológicos y dispositivos médicos.</p> <p>5.2 Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla, kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento en el modulo de la cohorte.</p>  |

6	<p>Obligación 6.: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC</p> <p>6.1Actividades desarrolladas: cumple con la meta diariamente según la tática de vacunación o cohorte asignada, garantizando la vacunación a población susceptible, niños, adultos con diagnóstico de riesgo, talento humano en salud, gestantes y adultos mayores, según población objeto de PAI.</p> <p>6.2Productos (evidencias):Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios.</p>
7	<p>Obligación 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>7.1Actividades desarrolladas: Revisa los formatos diligenciados verificando que la información esté completa, clara, congruente y entrega a las profesionales extramurales. Realiza el seguimiento a la cohorte en el módulo de la cohorte, la información registrada debe ser congruente, completa y veraz. Aplica los lineamientos según formatos de la caja de herramientas, mantiene la cadena de frío de los inmunobiológicos y asegura la custodia de los dispositivos médicos durante el desarrollo de las actividades.</p> <p>7.2Productos (evidencias): seguimiento a la cohorte en el aplicativo con calidad. Usuarios registrados en el módulo de la Cohorte.</p>
8	<p>Obligación 8: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>8.1Actividades desarrolladas: Realiza minimo 4 canalizaciones al mes activando las rutas intregales de atencion en salud.</p> <p>8.2Productos (evidencias):Envio de las 4 canalizaciones mensuales a correo  recepcion1rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades candelaria santa fe y candelaria  recepcion2rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades san cristobal y martires  recepcion3rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades rafael uribe y antonio nariño  con copia a correo de Profesionales Extramurales.</p>
9	<p>Obligación 9. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.</p> <p>9.1Actividades desarrolladas: Realiza las correcciones necesarias conforme a los lineamientos y formatos de la caja de herramientas. Diligencia la información sin tachones ni enmendaduras, y garantiza la veracidad y congruencia de los datos, así como la custodia de los biológicos. Diariamente genera el producto con calidad con el fin de evitar glosas.</p> <p>9.2Productos (evidencias):Entrega a las profesionales Extramurales la base y registro en el módulo de la cohorte con calidad.</p>
10	<p>Obligación 10. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>10.1Actividades desarrolladas: Cumple con las demás actividades asignadas por profesionales extramurales, lideres de localidad y coordinación del programa, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos, la custodia de los biológicos y la cadena de frío. Diligencia los registros según los instructivos de la caja de herramientas, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la vacunación oportuna de la población susceptible.</p> <p>10.2Productos (evidencias):formato de seguimiento a la cohorte.</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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 81151142	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA*

*PS\_7970\_2025\_04031D*

**MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA**

**CC: 1013588177**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ*

*PS\_7970\_2025\_04031D*

**LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE*

*PS\_7970\_2025\_04031D*

**LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1013588177	MAGDA ALEJANDRA SIABATO GARCIA	calle sur n 8-90	3281898	damag_19@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81151142	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0	0	0	0	0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>





serviciopse@achcolombia.com.co

mar

Para Tú



¡Hola, Magda García !

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

Valor: \$ 541.800

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Fecha de la transacción: 12/05/2026

CUS: 302874429

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**Para mayor información comunícate con nosotros:**

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

Un servicio de **ach**

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia\_

ACH Colombia Oficial

ACH Colombia Oficial

**\*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privado. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección

← Responder

✉ 🗑️ 📧 ⋮



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

Porcentaje  Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de Pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 [Modificaciones del Contrato](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 [Incumplimientos](#)

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 2.pdf	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 2.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 7970 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >