



**RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO PARCIAL  
CONTRATOS/CONVENIOS**

El suscrito secretario(a) de despacho certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece la normatividad vigente.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	22	6	2026		22	1	2026		21	7	2026

OFICINA DE SISBEN

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
36	X		DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE	1069258486
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
0	3133676652		CALLE 6 N 1-28 CASA 34 CONJUNTO RESIDENCIAL ARRAYANES	<a href="mailto:dianacabricense@gmail.com">dianacabricense@gmail.com</a>

**OBJETO** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADORA EN LOS COMPONENTES DE SALUD PUBLICA Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC EN EL MUNICIPIO DE MACHETA

**CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO**

La Alcaldía Municipal de MACHETA pagará al contratista la suma de **VEINTE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE (\$ 20.790.000)**, esto de la siguiente forma:

A) Seis (06) pagos parciales cada uno por la suma de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$ 3.465.000)** Los pagos anteriores se efectuaran previa verificación de la prestación efectiva del servicio, presentación del informe de actividades, presentación de la factura o cuenta de cobro y pago de seguridad social, recibidos a satisfacción por parte del supervisor.

El pago final queda sujeto además de los anteriores requisitos, al recibo a satisfacción del inventario de los elementos entregados en custodia al contratista y a la presentación del informe final de actividades. La Alcaldía Municipal de Machetá efectuara las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia.

En caso de presentarse en el desarrollo del contrato modificaciones al mismo tales como: suspensión, cesión, terminación anticipada, entre otras situaciones que afecten el plazo de ejecución contractual, se cancelara el valor proporcional correspondiente a los días de servicio prestados. Para efectos de establecer la proporción, todos los meses, sin importar el número de días que tengan, se calcularán con base en treinta (30) días

NUMERO DE RUBRO	2.3.2.02.02.009	NOMBRE DEL RUBRO	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD SOCIALES Y PERSONALES	NUMERO Y NOMBRE DE LA FUENTE	1.2.4.3.03 - SGP- PROPOSITO GENERAL- PROPOSITO GENERAL LIBRE INVERSION
-----------------	-----------------	------------------	---	------------------------------	--

ENTIDAD BANCARIA	BANCO BOGOTÁ
------------------	--------------

CUENTA N°	039458393	AHORROS
-----------	-----------	---------

AFECCION PRESUPUESTAL	VALOR	NUMERO DE PAGOS	VALOR
VALOR REGISTRO PRESUPUESTAL	\$ 20.790.000	PRIMERO	\$ 3.465.000
		SEGUNDO	\$ 3.465.000
		TERCERO	\$ 3.465.000
		CUARTO	\$ 3.465.000
		QUINTO	\$ 3.465.000
		SEXTO	\$ 3.465.000

MUNICIPIO	MACHETA	TOTAL DE PAGOS	\$ 17 325 000
TOTAL	\$ 20.790.000	SALDO POR EJECUTAR	\$ 3.465.000
		VALOR TOTAL	\$ 20.790.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NUMERO DE R.P	DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
22	01	2026	2026000040	16	06	2026	1113991073

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	PERIODO A CERTIFICAR	DEL			AL		
	NO			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				22	5	2026	21	6	2026

OBSERVACIONES (si se requiere)

SUPERVISOR/INTERVENTOR		CONTRATISTA		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	SANDRA EMILCE MARTÍNEZ BUITRAGO	NOMBRE:	DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE	NOMBRE:	PABLO EMILIO ESPINOSA HERNÁNDEZ
CARGO:	Técnico Administrativo Oficina SISBEN	CARGO:	Contratista	CARGO:	Alcalde Municipal
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

<b>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR</b> Res. 42 UAE DIAN de Mayo 5/2020 Art.55	<b>FECHA OPERACIÓN: 22/06/2026</b> <b>N U M E R O :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">05</span>
--	--

**DATOS DE LA ENTIDAD**

Razón Social:	MUNICIPIO DE MACHETÁ CUNDINAMARCA		
Tipo de Documento:	NIT	Número de Documento:	899.999.401-1
Dirección:	CARRERA 8 No. 5-35	Telefono:	

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA**

Nombre y Apellidos:	Diana Carolina Briceño Chicuzaque			
Tipo de Documento:	CC	Número de Documento:	1.069.258.486	
Fecha de actividad	Desde:	22/05/2026	Hasta:	21/06/2026
Dirección:	CALLE 6 N 1-28 CASA 34 - CONJUNTO RESIDENCIAL ARRAYANES			
Ciudad:	Chocontá			
Teléfono fijo:		Celular:	3133676652	
Email:	dianacabriceno@gmail.com			

**CONCEPTO DEL PAGO**

PAGO PARCIAL No. 05 BAJO EL CONTRATO NRO. 036 CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADORA EN LOS COMPONENTES DE SALUD PUBLICA Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC EN EL MUNICIPIO DE MACHETA


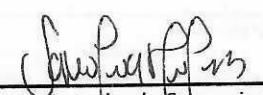
El contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del contrato civil de prestación de servicios con total independencia y autonomía frente al Municipio de Machetá, razón por la cual éste no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de prestaciones sociales (artículo 2 de la ley 50 de 1990).

Valor \$	<b>\$ 3.465.000</b>
Valor en letras	TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE

Nº Cuenta Bancaria:	039458393		
Tipo Cuenta:	Ahorros	Banco:	Banco Bogotá

	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Informes de actividades:		
Panilla Pago Salud, Pensión y ARL	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Para efectos de practicar la retención en la fuente de acuerdo al Art.383 del E.T., informar que el contratista no han vinculado 2 o mas trabajadores asociados a esta actividad.	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----------------------------	--

 _____ Firma del Contratista	 _____ Firma Autorizada Supervisor
---	--

Machetá, 22 de junio de 2026

Señores:

Municipio de Machetá, Cundinamarca  
E. S. D.

### CERTIFICACIÓN MENSUAL

DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.069.258.486 me permito certificar, bajo la gravedad de juramento:

1. - En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de mayo de 2013, Artículo 3 "Contribuciones al Sistema General de Seguridad Social. De acuerdo con lo previsto en el artículo 26 de la ley 1393 de 2010 y el artículo 108 del Estatuto Tributario, la disminución de la base de retención para las personas naturales residentes cuyos ingresos no provengan de una relación laboral, o legal y reglamentaria, por concepto de contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, pertenezcan o no a la categoría de empleados, estará condicionada a su pago en debida forma, para lo cual se adjuntará a la respectiva factura o documento equivalente copia de la planilla o documento de pago"

El documento soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, efectuados durante periodo **22 de MAYO de 2026 al 21 de JUNIO de 2026**, corresponden a los ingresos provenientes del **CPSP N.º 036-2026** materia de pago sujeto a retención.


2.- En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el **Decreto número 099 de 2013**, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. (modificado por el art. 13 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012) estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural perteneciente a la Categoría de Empleados, según el art.329 del E.T (adicionado por el art. 10 de la Ley 1607), **CERTIFICO QUE:** (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

CONCEPTO	SI	NO	VALOR MENSUAL
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas		X	
A la fecha del presente efectúo aportes cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda del Empleado) valor pagado año: 2018 VALOR ANUAL \$ _____ No. Meses _____ (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2019 VALOR ANUAL \$ _____ No. Meses _____ (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	
Según lo establecido en el artículo 388 del Estatuto Tributario Nacional, tengo dos (2) o más personas subcontratadas.		X	

Relación de Dependientes:

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	EDAD	PARENTESCO	VALOR MENSUAL

QUE EL 80% O MAS DE MIS INGRESOS, SON PRESTADOS DE MANERA PERSONAL Y CORRESPONDEN AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL O SERVICIOS TÉCNICOS QUE NO REQUIEREN EL USO DE MATERIALES O EQUIPO ESPECIALIZADO.

DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE C.C. N° 1.069.258.486	Firma 
---	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069258486
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA CAROLINA BRICENO CHICUAZUQUE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHOCONTA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CRA 6 A # 7-78 TELÉFONO:	8560000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>1113991073</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1612455500

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
<b>SALUD</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 42.700
SUBTOTAL:			1	\$ 42.700

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 541.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 541.800</b>



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



<b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b>		<b>DATOS GENERALES DE LA PLANILLA</b>	
TIPO IDENTIFICACION NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CIUDAD/VUINGHO	CELELLA DE CIUDADANÍA CHOCONTA	1119981073 TIPO DE PLANILLA PERIODO COTIZACIÓN: SALUD	MES mayo AÑO 2026
DEPARTAMENTO TELEFONO TIPO APORTANTE	DIXIA CAROLINA BRICEÑO CHIGUAZUQUE CUNDINAMARCA LIMBENEN, DISCIPULO UNIVERSITARIO	20260516 FECHA PAGO (aaaa/mm/aa)	MES mayo AÑO 2026
FORMA DE PRESENTACION APORTANTE EXPONERADO PAGO APORTES SALUD SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	QUINCESEMANENTE PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA UNICO	0 NUMERO AUTORIZACION	INDEPENDIENTES 2026 1674545000

<b>TOTAL APORTES A PENSION</b>		<b>TOTAL APORTES A SALUD</b>	
APORTES VOLUNTARIOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS
EFECTUADOR	VALOR	EFECTUADOR	VALOR
1	\$ 280.200	1	\$ 218.900
<b>SUB-TOTALES</b>		<b>SUB-TOTALES</b>	

<b>TOTAL APORTES A PENSION</b>		<b>TOTAL APORTES A SALUD</b>	
APORTES VOLUNTARIOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS
EFECTUADOR	VALOR	EFECTUADOR	VALOR
1	\$ 280.200	1	\$ 218.900
<b>SUB-TOTALES</b>		<b>SUB-TOTALES</b>	

<b>TOTAL APORTES A PENSION</b>		<b>TOTAL APORTES A SALUD</b>	
APORTES VOLUNTARIOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS
EFECTUADOR	VALOR	EFECTUADOR	VALOR
1	\$ 280.200	1	\$ 218.900
<b>SUB-TOTALES</b>		<b>SUB-TOTALES</b>	

<b>TOTAL APORTES A PENSION</b>		<b>TOTAL APORTES A SALUD</b>	
APORTES VOLUNTARIOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS	APORTES A OTROS RIESGOS
EFECTUADOR	VALOR	EFECTUADOR	VALOR
1	\$ 280.200	1	\$ 218.900
<b>SUB-TOTALES</b>		<b>SUB-TOTALES</b>	

<b>DATOS DEL COTIZANTE</b>		<b>NOVEDADES</b>	
N° IDENTIFICACION	TIPO DE COTIZACION	TIPO DE COTIZACION	TIPO DE COTIZACION
203801	14-23-POSITIVA	1750.905	1750.905
<b>SUB-TOTALES</b>		<b>SUB-TOTALES</b>	

TOTAL PAGADO: \$ 541.800

<b>INFORME DEL CONTRATISTA</b>			
<b>CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 036-2026</b>			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADORA EN LOS COMPONENTES DE SALUD PUBLICA Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC EN EL MUNICIPIO DE MACHETA.		
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>			
<b>CONTRATISTA</b>	<b>DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE</b>		
IDENTIFICACION	C.C. No. 1.069.258.486 DE CHOCONTÁ		
FECHA DEL INFORME	22/06/2026	NUMERO DE INFORME	CINCO
SUPERVISOR DEL CONTRATO	<b>SANDRA EMILCE MARTINEZ BUITRAGO</b>		
<b>PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO</b>			
DATOS PARA COBRO			
PERIODO COBRADO	DESDE EL 22 DE MAYO HASTA EL 21 DE JUNIO DE 2026		
VALOR A COBRAR	TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$ 3.465.000)		
<b>PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO</b>			
ACTIVIDAD CONTRATADA	DETALLE DEL AVANCE ACTIVIDAD CONTRATADA	SOPORTES	
1. Realizar la planeación, seguimiento y evaluación de las acciones de salud pública dentro de los tiempos establecidos por la Dirección Local de Salud, en cumplimiento de los lineamientos técnicos Departamentales y Nacionales.	Realice el envío al asesor del Fondo Local de Salud sobre la descarga de actividades ejecutadas.	Se anexa evidencia de correo y Documento Excel del PAS 2026	
2. Elaborar los ajustes pertinentes al Plan de Acción en Salud (PAS) 2026, así como realizar la coordinación Interinstitucional e intersectorial, necesarios para la ejecución de las acciones de Salud Pública contempladas en el mismo	No aplica para el periodo a informar.	N/A	
3. Coordinar, apoyar, realizar seguimiento y evaluación a las actividades establecidas en el Plan de	Realice descarga y seguimiento a las actividades contratadas con la ESE Región	Documento Excel y correo de envío sobre descarga realizada con la	

Intervenciones Colectivas – PIC, para la vigencia 2026 contratadas con la E.S.E Región de Salud Centro Oriente Almeidas	de Salud Centro Oriente Almeidas correspondientes al PAS 2026.	ESE Región de Salud Centro Oriente Almeidas.
4. Coordinar y apoyar la ejecución del PAS (Gestión de la Salud Pública), vigencia 2026 y las actividades del talento humano vinculado al mismo, implementando y diseñando la metodología pertinente para la programación, ejecución y seguimiento de las actividades previstas.	Realice ejecución y seguimiento de las actividades a las ejecutoras de la Gestión de la Salud Pública.	Excel con descarga de actividades de Gestión.
5. Proyectar y presentar los diferentes informes de actividades de salud a su cargo PIC, que sean requeridos por entes municipales, departamentales y nacionales	Se realizo solicitud de perfil de odontología para el fortalecimiento de la estrategia de APS, según el direccionamiento de Secretaria de Salud de Cundinamarca.	Oficio y evidencia de envío a SSC
6. Proporcionar el trámite oportuno a la correspondencia relacionada con los temas de salud en el Municipio de Machetá	Realice verificación con Digitadora sobre correspondencia de forma semanal.	Se anexa evidencia de correo
7. Coordinar con la E.S.E las Jornadas de Vacunación y Jornadas de Salud en las diferentes veredas del Municipio.	Realicé coordinación con el Puesto de Salud de Machetá para el desarrollo de la Jornada de Salud del día 13 de mayo y 17 de junio se envió a presa para posterior publicación en redes sociales del Municipio.	Anexo publicación en redes del Municipio sobre las Jornadas de Salud.
8. Apoyar la realización y/o participar en las reuniones, comités, mesas y/o submesas técnicas de salud pública que le sean asignados.	Realice invitación y participación de las reuniones de los siguientes comités:  -Participo en Comité MIAFF 04/06/2026 socialización de las actividades realizadas hasta la fecha según los planes de acción de la vigencia 2026  -Comité de SPA 09/06/2026 -Comité Intersectorial 09/06/2026 -Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional 09/06/2026 -Comité de Zoonosis 09/06/2026 -Participo en el Comité del COPACO 09/06/2026	Evidencias fotográficas
9. Participar en todas las capacitaciones y reuniones programadas por la Secretaría de Salud Departamental y Ministerio de Salud, en cuanto al portal web de gestión PDSP (SISPRO) y PTS.	No aplica para el periodo a informar.	N/A.
10. Mantener permanente comunicación con el supervisor, e informar sobre las contingencias que se presenten para resolverlas conjuntamente.	Realice articulación con la supervisora cuando se requiere e informa sobre los diferentes reportes y ejecución de los recursos de la Subcuenta de Salud Pública.	N/A

11. Las demás que surjan y sean necesarias para la ejecución y cumplimiento del objeto contractual.	Asistí a capacitación PAI convocada por Secretaria de Salud de Cundinamarca el día 29/05/2026 Asistí los días martes vía virtual a las capacitaciones de PARE Maternidad Segura.	Evidencia Fotográfica
12. Soportar en el Drive dispuesto para tal fin cada una de las actividades contempladas, adjuntando informe de actividades con registro fotográfico y planillas de asistencia, oficios remisorios o de convocatorias, bases de datos, correos electrónicos y demás que sean requeridos y solicitados por la Oficina SISBEN.	Realice cargue de actividades en Drive de Sisbén según indicación adjuntando informe de actividades al supervisor	Drive.

**RELACION DE ANEXOS**

<b>D.SSD.OCUMENTOS</b>	<b>DOCUMENTOS ALLEGADOS</b>	<b>Nº DE FOLIOS</b>
Factura o cuenta de cobro	X	1
Informe de actividades	X	4
Registro fotográfico	X	6
Planilla de pago a seguridad social	X	1
Anexos (describirlos si los hay)	X	3

**OBSERVACIONES**

Link de soporte de Demas actividades:

[https://drive.google.com/drive/folders/1fJa1YNI4pAKI9O2x\\_82vKCCxXur0eaIDN?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1fJa1YNI4pAKI9O2x_82vKCCxXur0eaIDN?usp=sharing)



**DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE**  
**C.C. 1.069.258.486 DE CHOCONTÁ**  
**Contratista**

**Anexo de Registro de evidencias (fotos, planillas, actas u otros)**

**ACTIVIDAD N° 1**

CERTIFICACION DE PAGO HOSPITAL MES JUNIO Y DESCARGA DEL PAS 2026

plc@macheta-cundinamarca.gov.co

Cordial saludo,

Jefe Liliana Feliu envío Remito a satisfaccion certificado de pago de JUNIO, favor anexar fecha de pago de seguridad social, depositar a la cuenta de cobro firmada por el Gerente de la ESE, el informe en el Drive y el link mencionado en el informe de actividades.

Anexo Formato mes JUNIO pasar con fecha 16 de junio

Anexo Avances del PAS 2026

Tener en cuenta la fecha de la factura del Hospital que corresponda a la fecha en el formato para pago

Anexar seguridad social

Segun el seguimiento a la Descarga de actividades del PAS 2026 correspondientes a I trimestre, continúa pendiente el inicio del perfil edu, físico, pendiente ejecución de algunas actividades correspondiente a II Trimestre de la Enfermera Jefe y Nutricionista para la ejecución de actividades en los tiempos establecidos.

Cordialmente,

DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE

Coordinadora de Salud Pública y PIC

Macheta - Cundinamarca

Celular: 3133674632

4 archivos adjuntos



ACTIVIDAD N° 3

16/06/26 13:35 Correo de GELCO Colombia En Línea - CERTIFICACION DE PAGO HOSPITAL MES JUNIO Y DESCARGA DEL PAS 2026



plc@macheta-cundinamarca.gov.co

CERTIFICACION DE PAGO HOSPITAL MES JUNIO Y DESCARGA DEL PAS 2026

1 mensaje

plc@macheta-cundinamarca.gov.co <plc@macheta-cundinamarca.gov.co> 1 de junio de 2026 a las 13:35  
Para: "Hospital - san martin de porres - pypsanmartindepores@gmail.com", DIOQUE COMUNITARIO  
<bioquimicostanare@hospitalmartindeporeschicota.gov.co>  
Cc: SILVIA MACHETA <esoban@macheta-cundinamarca.gov.co>, DIEGO ALEXANDER FORERO HERNANDEZ <diegoherandez14@gmail.com>

Cordial saludo,

Jefe Liliana Feliu envío Remito a satisfaccion certificado de pago de JUNIO, favor anexar fecha de pago de seguridad social, depositar a la cuenta de cobro firmada por el Gerente de la ESE, el informe en el Drive y el link mencionado en el informe de actividades.

Anexo Formato mes JUNIO pasar con fecha 16 de junio

Anexo Avances del PAS 2026

Certificación de pago

Tener en cuenta la fecha de la factura del Hospital que corresponda a la fecha en el formato para pago

Anexar seguridad social

Segun el seguimiento a la Descarga de actividades del PAS 2026 correspondientes a I trimestre, continúa pendiente el inicio del perfil edu, físico, pendiente ejecución de algunas actividades correspondiente a II Trimestre de la Enfermera Jefe y Nutricionista para la ejecución de actividades en los tiempos establecidos.

Cordialmente,

DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE

Coordinadora de Salud Pública y PIC

Macheta - Cundinamarca

Celular: 3133674632

- 4 adjuntos
- PAS 2026 MACHETA ANEXO TECNICO PIC MODIFICATORIO 01.xlsx 78K
- CERTIFICACION JUNIO 2026 HOSPITAL.pdf 1211K
- FORMATO PARA PAGO # 1 CI 226.xlsx 567K
- INFORME DE SUPERVISION CI 236.xlsx 332K

Actividad N° 5

solicitud de perfil para el fortalecimiento de la estrategia de APS,

16/06/26 14:15 Correo de GELCO Colombia En Línea - SOLICITUD PERFIL E ODONTOLOGA CONCURRENCIA APS - MACHETA



plc@macheta-cundinamarca.gov.co

SOLICITUD PERFIL ODONTOLOGA CONCURRENCIA APS - MACHETA

1 mensaje

plc@macheta-cundinamarca.gov.co <plc@macheta-cundinamarca.gov.co> 16 de junio de 2026 a las 10:19  
Para: Yeraldin rozo@cundinamarca.gov.co

Cordial saludo,

Remito solicitud de perfil odontólogoa concurrencia APS y asistencia, correspondiente al Municipio de Macheta

DIANA CAROLINA BRICEÑO CHICUAZUQUE

Coordinadora de Salud Pública y PIC

Macheta - Cundinamarca

Celular: 3133674632

2 adjuntos

- SOLICITUD DE ODONTOLOGA PIC.pdf 2637K
- ASISTENCIA MACHETA.pdf 1097K

## Actividad N° 6



## Actividad N° 7

**JORNADA DE SALUD  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

17 JUNIO Desde las 9:00 A.M.

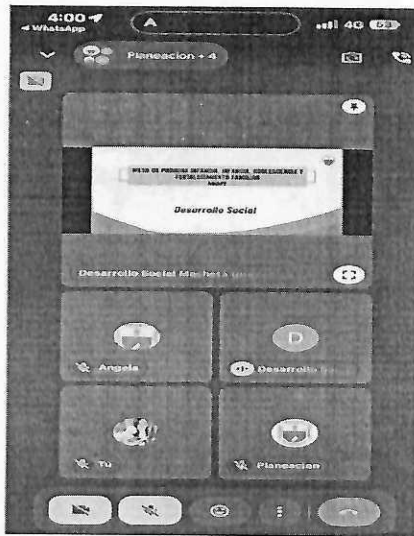
**PUESTO DE SALUD**

- Control adulto
- Control joven
- Crecimiento y desarrollo
- Control de agudeza visual
- Toma de citología
- Control en planificación familiar
- Examen de seno
- Higiene oral
- Educación en salud
- Vacunación

**¡LOS ESPERAMOS!**

## Actividad N°8

-Participe en Comité MIAFF 04/06/2026 socialización de las actividades realizadas hasta la fecha según los planes de acción de la vigencia 2026



-Comité de SPA 09/06/2026



-Comité Intersectorial 09/06/2026



-Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional 09/06/2026



-Comité de Zoonosis 09/06/2026

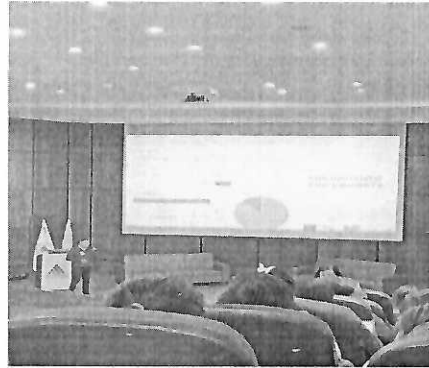


-Participo en el Comité del COPACO 09/06/2026

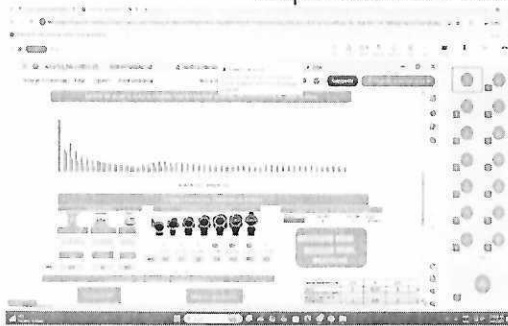


# Actividad N°11

## Capacitación PAI



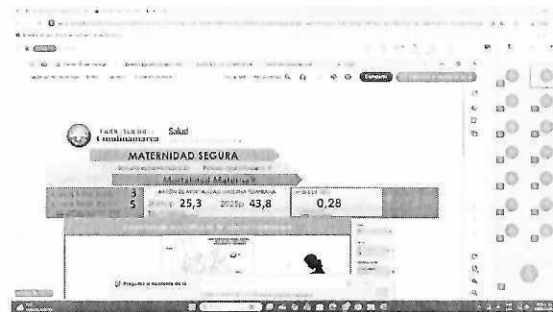
- Capacitaciones PARE Maternidad Segura los días martes



02/06/2026



09/06/2026



16/06/2026