BOGOTÁ SECRETARÍA DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA

# CERTIFICADO DE SUPERVISION E INTERVENTORIA PARA LA GESTION DE CUENTAS



Objeto: 12372-PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | PRESTACION SERV. APOYO | Cédula o Nit: | **CC 39767788** |
| Contratista | **Yolanda Rodriguez Reina** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Suscripción | 21-01-2026 | Fecha Acta Inicio | 23-01-2026 | Fecha Terminación | 07-01-2027 |
| **Valor Contrato** | **$42,474,503.00** | Plazo Ejecución | 11 Meses y 15 días | | |

**Período certificado:** **Entre el 01 de junio de 2026 y el 30 de Junio de 2026**

**Registros Presupuestales y Valores a Afectar**

| Año | UE | RP No | CDP No | Rubro | Fte-Det Fte | Concepto de Gasto | Valor Bruto | Iva | Valor antes de Iva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2026** | **01** | **399** | **467** | 3-3-01-17-1207-20240305-09-005-O23011712072024030509-Implementación un modelo de gestión carcelario y detención con enfoque restaurativo para la población privada de la libertad y pospenada en Bogotá DC-005_Documentos de lineamientos técnicos | 1-100-F001-91207005 | O2320-20200-991290-Servicios de la administración pública relacionados con otros asuntos de orden público y seguridad | **$3,693,435** | $ | $3,693,435 |
| | | | | TOTAL CERTIFICADO | | | **$3,693,435** | **$** | **$3,693,435** |

**Valor en letras:** Tres Millones Seiscientos Noventa Y Tres Mil Cuatrocientos Treinta Y Cinco Pesos M/Cte. ($3,693,435.00)

**Resumen Financiero**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pagos Anteriores:** | **$15,758,656.00** | **Presente Certificación:** | **$3,693,435.00** | **Saldo Contrato:** | **$26,715,847.00** |

**Información Aportes a Seguridad Social** — **PLANILLA MES:** MAYO 9505753653

| Tipo Aporte | Valor Deducible |
|---|---|
| PENSION | $280,145.00 |
| SALUD | $218,863.00 |
| **TOTAL** | **$499,008.00** |

**Declaración:** Con su firma el supervisor y/o interventor del contrato, convenio, orden, (según lo que corresponda), certifica bajo su entera responsabilidad, que el contratista cumplió a entera satisfacción con el objeto, con las obligaciones pactadas y con las demás condiciones, aprobando los documentos físicos y/o magnéticos recibidos (facturas, informes, formatos, copias planillas de aportes al sistema general de seguridad social y demás soportes), los cuales se ajustan a las condiciones y requisitos establecidos en la cláusula forma de pago, los requisitos de ley e Instructivo de Pagos (I-GF-1) de la Dirección Financiera, autorizando el pago de acuerdo con los soportes anexos y los remitidos al expediente contractual correspondiente.

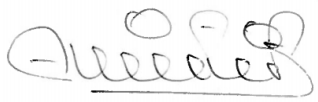
**OBSERVACIONES: PAGO SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA MES MAYO 9505753653**

**Nombre del Supervisor y/o Interventor :**

**Hernandez Marin Adriana Patricia**

**Cargo:** Director(A) De La Carcel Distrital De Varones Y Anexo De Mujeres

Firma(s) del (los) Supervisor(es)



**Elaborado por:** Angie Katherine Rodriguez

**DEVOLUCION POR LA DIRECCION FINANCIERA**

| Causal | Fecha | No. Radicado de salida | Devuelto por: |
|---|---|---|---|
| | | | |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 39767788 | | RODRIGUEZ REINA YOLANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 6 A BIS # 90 A - 80 TORRE 4 A. 302 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7488603 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 421265661 | 9505753653 | I | 2026/06/23 | 2026/06/25 | NEQUI | 2 | $500,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 39767788 | RODRIGUEZ YOLANDA | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS017 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 39767788 | | RODRIGUEZ REINA YOLANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 6 A BIS # 90 A - 80 TORRE 4 A. 302 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7488603 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 421265661 | 9505753653 | I | 2026/06/23 | 2026/06/25 | NEQUI | 2 | $500,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $500 | $0 | $280,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $500 | $0 | $280,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $400 | $0 | $219,300 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $218,900 | $400 | $0 | $219,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$499,100** | **$900** | **$0** | **$500,000** |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA

# INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL
# CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

F-GCT-1138
V.2

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:** YOLANDA RODRIGUEZ REINA | | | | | | | **CONTRATO No.:** 584-2026 | | | |
| **OBJETO 12372-PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.** | | | | | | | | | | |
| Fecha Inicio: 23/01/2026 | Plazo inicial: | **Meses** | **Días** | Prórroga | **Meses** | **Días** | Plazo Total | **Meses** | **Días** |
| Fecha terminación: 07/01/2027 | | **11** | **15** | | | | | **11** | **15** |
| Informe No: 6 | Desde: 01/06/2026 | | | Hasta: 30/06/2026 | | | Fecha Informe: 01/07/2026 | | |

En cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones pactadas en el Contrato, durante el período arriba indicado, desarrollé las siguientes actividades.

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** (Tomadas textualmente del contrato) | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO** | **ANEXOS** (Indicar el anexo en el cual se aportan los soportes) |
|---|---|---|
| 1.Verificar y actualizar periódicamente la información relacionada con la afiliación de las Personas Privadas de la Libertad (PPL) al SGSSS, mediante consulta en los aplicativos establecidos (régimen subsidiado, contributivo o especial), validando coherencia con las bases de datos institucionales. | 1.Se verifica en el Comprobador de derechos y/ o Adres estados de afiliación para la base de crónicos. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1.BASE DE DATOS AFILIADOS PARA TRATAMIENTO DE VIH, TBC.** |
| 2. Apoyar la gestión de citas médicas, odontológicas y psicológicas de las PPL, incluyendo especialistas, disponibilidad de quirófano, controles postquirúrgicos, exámenes diagnósticos y otros servicios, conforme a los protocolos de salud establecidos | 1.Se realiza llamadas telefónicas al call center de diferentes EPS para gestionar citas odontológicas. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1. LLAMADAS MINUTA DE ENFERMERÍA PÁGINAS 228** |
| 3. Hacer seguimiento a la atención en salud, verificando la prestación oportuna de los servicios agendados, según los listados recopilados por pabellones y Verificar la información de las remisiones a centros médicos de mayor complejidad y apoyar en su gestión. | 1.Se realiza verificación de las Personas Privadas de Libertad que se agendaron para citas médicas, odontológicas y psicología. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1.FORMATO DE CONTROL DE ATENCIÓN UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD F-GIP 1182** |

BOGOTÁ

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** (Tomadas textualmente del contrato) | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO** | **ANEXOS** (Indicar el anexo en el cual se aportan los soportes) |
|---|---|---|
| 4. Proyectar respuestas a los requerimientos relacionados con la prestación del servicio de salud, dentro de los plazos establecidos. | 1. Se tramitan dentro de los términos establecidos, las solicitudes allegadas a través del aplicativo SIGA, | Se encuentra evidencia en:<br><br>1. **PANTALLAZO DE SISTEMA GESTION DOCUMENTAL SIGA**. |
| 5. Apoyar el proceso de selección y clasificación (TRIAGE) de las PPL, basado en la gravedad de la condición, diligenciando los formatos establecidos y garantizando la reserva de la información clínica. | 1. Se presta atención inicial de TRIAGE de enfermería, a las personas privadas de la libertad de acuerdo con la valoración de signos y síntomas identificados en recorridos diarios por pabellones.<br>. | Se encuentra evidencia en:<br><br>1.**FORMATO DE ATENCIÓN INICIAL DE TRIAGE DE ENFERMERÍA** |
| 6. Brindar atención inicial y primeros auxilios a las PPL que lo requieran, identificando signos de emergencia o lesión y estabilizando al paciente según protocolos, hasta la atención médica especializada. | 1. Valoración en salud de las PPL que se encuentran aislados por motivos de salud en el pabellón de protección y seguridad. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1.FORMATO REGISTRO DE VALORACIÓN EN SALUD DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD** |
| 7. Apoyar la inducción en salud de las PPL recién ingresadas, explicando la ruta de acceso a servicios de salud y registrando la información correspondiente. | 1.Se realiza la inducción de los programas de salud a los que tienen derecho los PPL al momento del ingreso a CDVAM. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1.FORMATO DE INDUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INGRESOS** |
| 8. Realizar rondas diarias por los pabellones (mínimo dos al día) para identificar necesidades en salud (medicina general, odontología, psicología), completar los formatos correspondientes y registrar novedades en la minuta | 1.Se realizaron rondas por los pabellones esperanza, transición, básico, autonomía, opción, libertad y pys. rancho y talleres. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1.FORMATO DE INFORMACIÓN RECORRIDO DIARIO SALUD EN PABELLÓN** |

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** (Tomadas textualmente del contrato) | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO** | **ANEXOS** (Indicar el anexo en el cual se aportan los soportes) |
|---|---|---|
| 9. Sensibilizar mensualmente a las PPL en temas de promoción, prevención y detección temprana de enfermedades, con registro en el formato respectivo. | 1.Se realiza charla a las Personas Privadas De Libertad que ingresan a la CDVAM, sobre los cuidados y limpieza de pediculosis. | Se encuentra evidencia en:<br>**1.FORMATO DE ACTIVAD GRUPAL** |
| 10. Apoyar la gestión y reclamo de medicamentos (incluidos los controlados y somáticos), conforme al expediente clínico y fórmula médica, ante EPS o entidades responsables, dejando registro en los formatos establecidos. | 1.Se realizó autorización ante la EPS de capital salud para la autorización de medicamentos para las personas privadas de libertad. | Se encuentra evidencia en<br>**1. FORMATO DE RADICACIÓN FUNDACIONES DE CAPITAL SALUD.** |
| 11. Apoyar la recepción de medicamentos entregados por familiares o Audifarma, y remitirlos a la regencia de farmacia de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud (UPSS), dejando registro correspondiente | 1.Se recepcionan y entregan medicamentos a la Unidad de Servicios de Salud, los cuales son allegados por familiares y EPS, para finalmente verificar el debido suministro a las PPL. | Se encuentra evidencia en:<br>**1.FORMATO DE RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O INSUMOS MÉDICOS** |
| 12. Colaborar en la recolección de solicitudes médicas, odontológicas o psicológicas y notificar a la Dirección ante novedades. | 1.Se recogen formatos de solicitud servicios de salud en todos los pabellones para atención medica odontológica y psicología. | Se encuentra evidencia en:<br>**1.FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD** |
| 13. Apoyar la remisión de insumos e información oportuna a las dependencias de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia y otras entidades externas | 1.Se brindan insumos requeridos para la respuesta a los derechos de petición relacionados con la prestación del servicio desde de área de salud. | Se encuentra evidencia en:<br>**1.PANTALLAZOS DE LOS INSUMOS REQUERIDOS.** |

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** (Tomadas textualmente del contrato) | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO** | **ANEXOS** (Indicar el anexo en el cual se aportan los soportes) |
|---|---|---|
| 14. Proporcionar información sobre condiciones de salud de las PPL a la Unidad de Servicios de Salud para su presentación en el Consejo de Evaluación y Tratamiento (CET). | Para este mes no se realizó la actividad CET que permite dar cumplimiento a esta obligación. | Se encuentra evidencia en:<br>**1. N/A** |
| 15. Apoyar en el acompañamiento y atención a las PPL durante los días de visita, de acuerdo con la programación del área de Atención Integral. | 1.Se realiza apoyo lo fines de semana a la visita de acuerdo con la programación de atención integral en este caso visita hombres. | Se encuentra evidencia en:<br>**1.ACTA DE REUNIÓN DE LOS DÍAS 13 Y 14** |
| 16. Participar en las actividades programadas relacionadas con la reacreditación ACA, tanto a nivel nacional como internacional. Además, colaborar en la implementación y seguimiento de las prácticas esperadas para dicha reacreditación y para el sistema de gestión de calidad, según lo establecido por la Dirección del establecimiento carcelario. | 2 se realiza participación en reuniones de reinducción encaminadas al cumplimiento de las prácticas esperadas de las Normas Básicas Internacionales para Penitenciarias de la Asociación Americana de Correccionales ACA<br><br>2.Se adjunta correos informativos de folletos ACA | Se encuentra evidencia en:<br>**1 - FOLLETO INFORMATIVO ACA**<br><br>. |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA

# INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL
# CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

F-GCT-1138
V.2

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** (Tomadas textualmente del contrato) | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO** | **ANEXOS** (Indicar el anexo en el cual se aportan los soportes) |
|---|---|---|
| 17. Presentar el estado actual de las solicitudes asignadas en el sistema SIGA, al finalizar cada período de reporte de actividades contractuales. Estas solicitudes deberán estar atendidas dentro de los plazos establecidos, sin retrasos ni vencimientos. La información debe incluir la fecha de generación del informe, la cual debe coincidir con el mes reportado. | 1 Durante el mes se realiza el tramite pertinente para dar respuesta a solicitudes, derechos de petición o requerimientos allegados por la plataforma SIGA. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1. PANTALLAZO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS DE SIGA.** |
| 18. Cumplir con las demás obligaciones que le sean asignadas y que sean necesarias de acuerdo con la naturaleza del objeto contractual. | 1.Se realiza remisiones medicas externas a los diferentes entes de salud. Y seguimiento a los ppl hospitalizados. | Se encuentra evidencia en:<br><br>**1.FORMATO DE REMISIÓN AL SERVICIO DE SALUD**<br><br>**2 -FORMATO SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD HOSPITALIZADAS** |

**Adjunto planillas de certificación del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales**

| **OBSERVACIONES GENERALES** | | | |
|---|---|---|---|
| **SUSPENSIÓN DEL CONTRATO** | **Fecha Desde:** DD-MM-AAAA | **Fecha Hasta:** DD-MM-AAAA | |
| **CESIÓN DEL CONTRATO** | **Cedente:** | **C.C.** | Fecha Cesión: DD/MM/AAAA |
| **Nota: no se adjuntan evidencias en SECOP II que contengan información confidencial de las personas privadas de la libertad y del establecimiento.** | | | |

Cordialmente

***YOLANDA RODRIGUEZ REINA***
**Contratista**

BOGOTÁ