

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		EDITH MIYERI SEGURA VALDES								398055		
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52197464									
CORREO	3008545408	CELULAR	miyerisv@gmail.com									
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL											
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		UNIDAD:				Chapinero					
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											
BANCO	28		TIPO CUENTA				SIN CUENTA					
NUMERO CUENTA BANCARIA		0										

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		6141-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP: 1	792	FECHA	30/05/2025	NÚMERO DE CRP: 1	29951	FECHA	20/06/2025				
NÚMERO DE CDP: 2	997	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 2	35543	FECHA	31/07/2025				
NÚMERO DE CDP: 3	1167	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	38702	FECHA	31/08/2025				
NÚMERO DE CDP: 4	1324	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 4	46484	FECHA	29/09/2025				
NÚMERO DE CDP: 5	1470	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 5	50937	FECHA	30/10/2025				
NÚMERO DE CDP: 6	1694	FECHA	25/11/2025	NÚMERO DE CRP: 6	55182	FECHA	30/11/2025				
NÚMERO DE CDP: 7	1808	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 7	62124	FECHA	19/12/2025				
NÚMERO DE CDP: 8	48	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 8	416	FECHA	19/01/2026				

OBJETO: ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD

PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			24	06	2025		30	06	2025
TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%		0					
VALOR MES	6,263,108	VALOR LETRAS							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	45,289,905
VALOR EJECUTADO:	45,289,905
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,447,939
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	43
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
6141202506	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDITH MIYERI SEGURA VALDES

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

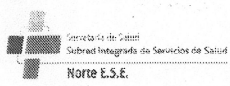
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDITH MIYERI SEGURA VALDES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA


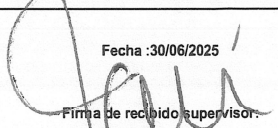
Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				UNIDAD:			Epidemiología intramural			
No. DE CONTRATO: 6141-2025				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES					24	6	2025	30	6	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDITH MIYERI SEGURA VALDES				DOCUMENTO: 52197464						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.										
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%										

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la	Se participó en capacitaciones, socializaciones, realización de encuestas y módulos con temas de calidad.
2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel Institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural,	Se participó en capacitaciones, socializaciones, realización de encuestas y módulos con temas de calidad.
3. Capacitar al personal de salud en temas de interés en salud pública de acuerdo a detección de necesidades o solicitud, dar a conocer al personal de salud, la lista de eventos y enfermedades bajo vigilancia y las definiciones de casos establecidas, así como los formularios y procedimientos de recolección de datos de vigilancia.	Se realizó capacitación al personal de salud en temas de interés en salud pública de acuerdo a necesidades o solicitudes, capacitar en protocolos y fichas de notificación que hacen parte de la vigilancia epidemiológica haciendo énfasis en la recolección de datos y registro de información con calidad.
4. Revisar en forma sistemática y periódica, los registros de urgencias, hospitalización, expedientes clínicos, laboratorios clínico y de patología, registros y certificados de defunción, haciendo Búsqueda Activa	Se realizó la búsqueda activa institucional con periodicidad diaria, semanal y mensual de los eventos de interés en salud pública.
5. Informar al Gestor de Epidemiología de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte por la vía más ágil, la ocurrencia de enfermedades y eventos de control inmediato.	Se informó al Referente de epidemiología intramural sobre la ocurrencia de eventos de notificación inmediato.
6. Realizar pre crítica de la ficha de notificación, verificando que cada evento a notificar cumpla con la definición de caso establecida por el SIVIGILA; retroalimentando al líder del servicio y /o médico tratante acerca de los resultados y aspectos a fortalecer.	Se realizó precritica a todas las fichas de notificación, se retroalimentación al médico tratante sobre los hallazgos evidenciados y aspectos a fortalecer, los cuales fueron evidenciados durante la precritica de las fichas de notificación.
7. Garantizar la notificación semanal e inmediata según sea el evento, con calidad; realizar los ajustes en SIVIGILA a los que haya lugar, reportando al líder local.	Se garantiza la notificación inmediata y semanal de los eventos de notificación en salud pública, con calidad y se realizan los ajustes en SIVIGILA según indicación o solicitud de nivel local.
9. Participar o delegar en COVE local según convocatoria, socializando la información recibida al interior de la UPGD.	No aplica para la semana
10. Recibir visitas de asistencia técnica por parte de los equipos de Salud Pública local a las unidades ambulatorias asignadas	No aplica para la semana
11. Participar en la Unidades de Analisis de los diferentes Eventos que se presenten tanto intramural como con SECRETARIA DE SALUD	Para el periodo evaluado se participó en las Unidades de Análisis programadas.
12. Diligenciar tableros de control requeridos por la Dirección de Gestión del Riesgo y demás informes solicitados por la Gestora de Epidemiología, generar tablas y gráficos para el análisis de tendencia y patrones de	Se realiza diligenciamiento de las matrices establecidas para la vigilancia de eventos trazadores.
13. Hacer seguimiento a la calidad del dato de nacimiento y defunciones, así como ajustes en la cascada de defunción, registrando los ajustes en RUAF-ND.	Se realiza seguimiento a la calidad del dato de las bases de RUAF Nacidos Vivos y Defunciones.
14. Participar en la investigación de eventos de interés en salud pública (mortalidades, morbilidades) según protocolo y convocatoria, preparando previamente el caso.	No aplica para la semana

OBSERVACIONES:
TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) \$1,461,392 UN MILLÓN CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

 NOMBRE EDITH MIYERI SEGURA VALDES CC: 52197464	Fecha :30/06/2025  Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES
--	---

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

1000

