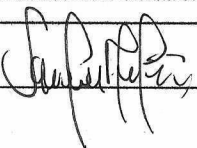
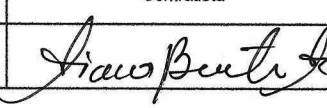
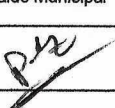


			RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO PARCIAL CONTRATOS/CONVENIOS												
El suscrito secretario(a) de despacho certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o intervisor 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				
	4	8	2026		2	2	2026		1	8	2026				
OFICINA DE SISBEN															
CONTRATO N°	PRINCIPAL			ADICIONAL			CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT					
084/2026	X						DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ			52216520					
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO								
0	3142033299			CII 187 No. 55b 90 Int 12 Apto 102			dianabustos77@yahoo.com								
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGA PARA REALIZAR ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y REALIZACIÓN DEL ANALISIS DE SITUACION EN SALUD (ASIS) 2026 EN EL MUNICIPIO DE MACHETA.														
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	La Alcaldía Municipal de MACHETA pagará al contratista la suma NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$9.600.000), esto de la siguiente forma: Cuatro (4) pagos parciales cada uno por la suma de dos millones cuatrocientos mil pesos m/cte (\$2.400.000.00 m/cte) Modificatorio No.1 Nro. CD-CPS-084-2026 CLÁUSULA PRIMERA: Modificar la CLÁUSULA TERCERA: VALOR del CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. CD-CPS-084-2026, adicionando la suma de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$ 4.800.000). MCTE, quedando como valor total la suma de CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$14.400.000) CLÁUSULA SEGUNDA: Modificar la CLÁUSULA QUINTA: PLAZO DE EJECUCIÓN del CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. CD-CPS-084-2026, prorrogando en DOS (02) MES MÁS, quedando como fecha de terminación final EL 01 DE AGOSTO DE 2026. . CLÁUSULA TERCERA: FORMA DE PAGO, el valor de la presente adición será cancelada de la siguiente manera: a Alcaldía Municipal de Macheta pagará el valor adicional es decir la suma de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$ 4.800.000). MCTE, de la siguiente forma: A) Dos (2) pagos parciales por la suma de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$2.400.000)														
NUMERO DE RUBRO	2.3.2.02.02.009 - AUXILIAR 2.3.2.19.24			NOMBRE DEL RUBRO			SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES			NUMERO Y NOMBRE DE LA FUENTE					
										1.2.4.2.02 SGP-SALUD-SALUD PUBLICA.					
ENTIDAD BANCARIA						BANCOLOMBIA									
CUENTA N°				10841493937				AHORROS							
AFECTACION PRESUPUESTAL		VALOR				NUMERO DE PAGOS		VALOR							
VALOR REGISTRO PRESUPUESTAL		\$ 9.600.000				PRIMERO		\$ 2.400.000							
						SEGUNDO		\$ 2.400.000							
						TERCERO		\$ 2.400.000							
						CUARTO		\$ 2.400.000							
MODIFICATORIO No. 1. VALOR REGISTRO PRESUPUESTAL		\$ 4.800.000				QUINTO		\$ 2.400.000							
						SEXTO		\$ 2.400.000							
						SEPTIMO									
MUNICIPIO		MACHETA				TOTAL DE PAGOS		\$ 14.400.000							
						SALDO POR EJECUTAR		\$ 0							
TOTAL		\$ 14.400.000				VALOR TOTAL		\$ 14.400.000							
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						
29 01 2026			2026000106			9 07 2026			92816961						
DIA MES AÑO			NUMERO DE R.P			DIA MES AÑO			NUMERO DE PLANILLA						
19 05 2026			20260246			30 07 2026			93683616						
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			
								2 7 2026		1 8 2026					
OBSERVACIONES (si se requiere)															
SUPERVISOR/INTERVENTOR				CONTRATISTA				ORDENADOR DEL GASTO							
NOMBRE:		SANDRA EMILCE MARTÍNEZ BUITRAGO		NOMBRE:		DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ		NOMBRE:		PABLO EMILIO ESPINOSA HERNÁNDEZ					
CARGO:		Técnico Administrativo Oficina SISBEN		CARGO:		Contratista		CARGO:		Alcalde Municipal					
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:							

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR Res. 42 UAE DIAN de Mayo 5/2020 Art.55		FECHA OPERACIÓN: 4/08/2026 N U M E R O : 6	
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 YOLIMA BUSTOS ALVAREZ	
Tipo de Documento:		CC	Número de Documento: 52.216.520
Fecha de actividad		Desde: dd/mm/aaaa 2/07/2026	Hasta: dd/mm/aaaa 1/08/2026
Dirección:		CALLE 187 No. 55B - 90 INT 12 APTO 102	
Ciudad:		BOGOTA	
Teléfono fijo:			Celular: 3142033299
Email:		dianabustos77@yahoo.com	
CONCEPTO DEL PAGO			
PAGO PARCIAL No. 06, BAJO EL CONTRATO NRO. 084 de 2026 CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGA PARA REALIZAR ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y REALIZACIÓN DEL ANALISIS DE SITUACION EN SALUD (ASIS) 2026 EN EL MUNICIPIO DE MACHETÁ.			
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 \$	\$ 2.400.000		
Valor en letras	Dos millones cuatrocientos mil pesos m/cte		
Nº Cuenta Bancaria:	10841493937		
Tipo Cuenta:	AHORROS		Banco: BANCOLOMBIA
	Informes de actividades:	Si	No
	Panilla Pago Salud, Pensión y ARL	Si	No
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	No
Firma del Contratista		Firma Autorizada Supervisor	

ORDENADOR DEL GASTO	CONTRATISTA	SUPERVISOR/INTERVENIOR
NOMBRE: PABLO EMILIO ESPINOSA HERNANDEZ	NOMBRE: DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ	NOMBRE: SANDRA EMILCE MARTINEZ GUTIERREZ
CARGO: Asesor Municipal	CARGO: Contrata	CARGO: Técnico Administrativo
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

Machetá, 04 de agosto de 2026
Señores:
Municipio de Machetá, Cundinamarca
E. S. D.

CERTIFICACIÓN MENSUAL

DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.216.520 de Bogotá, 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 02 de julio de 2026 al 01 de agosto de 2026, corresponden a los ingresos provenientes del CPSP N.º 084/2026 materia de pago sujeto a retención.

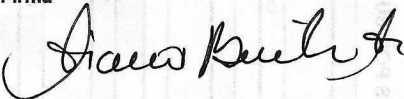
2.- En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 “Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente” y el Decreto número 099 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. (modificado por el art. 13 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 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: VALOR ANUAL \$ No. Meses (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 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
MARIA LUCIANA BUSTOS ALVAREZ	8 AÑOS	HIJA	\$ 1.000.000

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 Yolima Bustos Alvarez C. C. N° 52.216.520 de Bogotá	Firma 
--	---

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52216520	DIANA YOLINA BUSTOS ALVAREZ	CLL 187 55 B 90 int 12 apto 102	6911660	dianabustos77@yahoo.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – 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	
		92816961	09/07/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-06	2026-06	I	\$3.700.000	\$1.221.500		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Valor	No. Autorización	Licencia Maternidad	Valor
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	462.500	0		0		3	0
								Valor Cotización	1.100
								Días Mora	0
								Valor Mora Cotización	0
								Valor Mora UPC	0
								Total a Pagar	463.600
								No. Afiliados	1

TOTALES PENSIÓN

Código APP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colaboraciones	900336004-7	592.000	0	0	0	0	3	1.300	0	593.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	No. Autorización	Días Mora	Valor Neto Cotización	Valor Faltas Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	90.200				3	90.200	200	90.400		90.400	902	90.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	74.000	3	200	74.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	3	0	0	0
0	3	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradora Reportada		Valor antes de ISE, LMA, RFP y mora	
	Salud	Pensión	Riesgos Laborales	Total a Pagar
	1	1	1	463.600
				593.300
				90.400
				74.200
				0
				0
				0
				0
				1.218.700
				1.221.500

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALUD
CC	52216520	DIANA YOLINA BUSTOS ALVAREZ		CLL 187 55 B 90 Int 12 apto 102	6911660	dianabustos77@yahoo.com	
FORMA REPRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIANES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIANES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		93863616	30/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	1	\$3,700,000	\$1,218,700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	8600068942-7	462.500

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	462.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900336004-7	592.000

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-23	Positiva Seguros	860011153-	90.200

Incapacidad		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										
			90,200	0	0	90,200			902	90,200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre
CCF24	Compensar Caja

	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
	860696942-7	74.000	0	0	74.000	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	462.500	462.500
Pension	1	592.000	592.000
Riesgos Laborales	1	90.200	90.200
CCF	1	74.000	74.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.218.700	1.218.700

INFORME DEL CONTRATISTA			
CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 084-2026			
OBJETO CONTRACTUAL		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGA PARA REALIZAR ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y REALIZACIÓN DEL ANALISIS DE SITUACION EN SALUD (ASIS) 2026 EN EL MUNICIPIO DE MACHETÁ.	
DATOS DEL CONTRATO			
CONTRATISTA		DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ	
IDENTIFICACION		C.C. No. 52.216.520 DE BOGOTÁ	
FECHA DEL INFORME		04/08/2026	NÚMERO DE INFORME SEIS
SUPERVISOR DEL CONTRATO		SANDRA EMILCE MARTÍNEZ BUITRAGO	
PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			
DATOS PARA COBRO			
PERIODO COBRADO		DESDE EL 02 DE JULIO HASTA EL 01 DE AGOSTO DE 2026	
VALOR A COBRAR		DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$ 2,400,000)	
PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			
ACTIVIDAD CONTRATADA	DETALLE DEL AVANCE ACTIVIDAD CONTRATADA	SOPORTES	
1. Generar y realizar el seguimiento a planes de contingencia y/o de respuesta inmediata a todos los eventos de Vigilancia de Salud Pública que se requieran.	Se llevó a cabo la socialización enfocada en la prevención, vigilancia y control del sarampión, en estricta respuesta y acatamiento a los lineamientos emitidos en la Circular Externa Conjunta 000004 de 2026 por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS)	Acta	
2. Realizar el 100% de investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los eventos de interés en salud pública (EISP) y de estadísticas vitales teniendo en cuenta las recomendaciones de los lineamientos y protocolos de vigilancia epidemiológica , tanto a nivel individual como colectivo respetando las estructuras de los sistemas y subsistemas de información, fichas de notificación epidemiológicas, ajustes de evento respectivo, Investigación Epidemiológica de Campo, Unidades de Análisis, monitoreo o barrido de vacunación, seguimiento a contactos, toma de muestras, búsqueda activa institucional y comunitaria (BAI-BAC), seguimiento al animal agresor, flujos de información al nivel departamental con la periodicidad establecidos para cada caso, realizar envío a SSC con copia al correo del pic@macheta-cundinamarca.gov.co	En el periodo a informar no se presentaron casos para realizar IEC y demás actividades descritas en la función	Acta	
3. Realizar seguimiento y reuniones periódicas con la ESE, para garantizar la detección oportuna de Tuberculosis, la atención	Se realiza visita de asistencia técnica de TB en el municipio	Acta de visita	

integral, la adherencia al tratamiento, los esquemas normados de la circular 07 de 2015, la realización de los exámenes de diagnósticos y cumplimiento en los controles: médicos y bacteriológicos.		
4. Realizar monitoreos rápidos de coberturas de vacunación, haciendo recolección de datos, análisis de la información, consolidación, radicación en el área de epidemiología de la secretaría de Salud de Cundinamarca y socializar los resultados en el comité de vigilancia epidemiológica municipal (COVE) y elaboración de plan de acción, según requerimiento de la secretaría de salud de Cundinamarca. Previa reunión y capacitación a las auxiliares de enfermería generando acta y compromisos para el desarrollo de la actividad; y realizar envío del monitoreo a SSC con copia al correo pic@macheta-cundinamarca.gov.co.	No se realiza en el periodo a informar, esta actividad se llevó a cabo en mayo.	NA
5. Realizar el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal, elaboración de actas, listados de asistencia y presentación, realizando seguimiento a los compromisos de cada comité.	Se realiza COVE del mes de junio socializando como tema principal Sarampión y situación de notificación municipal	Acta de COVE y listado de asistencia
6. Realizar el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) municipal, elaboración de actas, listados de asistencia y presentación, realizando seguimiento a los compromisos de cada comité.	No se realiza en el periodo a informar	NA
7. Realizar el Comité de Estadísticas vitales (EEVV) y seguimiento a la IPS pública municipal, de los reportes completos y oportunos en el sistema RUAF; elaboración de acta y seguimiento a los compromisos de cada comité.	Se realiza comité de EEVV de julio	Acta y asistencia
8. Participar en las reuniones convocadas por la secretaría de salud de Cundinamarca como COVE departamental, capacitaciones en eventos de interés en salud pública y plan decenal de salud pública y socializar en el COVE municipal.	Se asiste a COVE departamental de julio	Listado de asistencia
9. Realizar seguimiento y verificación en la plataforma de los certificados de defunción y de nacido vivo recibidos, verificando la oportunidad en el registro.	Se realiza seguimiento al ingreso de certificados de defunción al RUAF, se socializan en el comité de EEVV	Base RUAF Acta de EEVV
10. Realizar el seguimiento a la Notificación del Sistema de vigilancia en salud pública implementando y funcionando en su jurisdicción (SIVIGILA) y los subsistemas de EEVV, RIPS, SVEMMBW, SISVAN, SIVIM, SUISPA, E IAAS con las respectivas visitas de campo e informes de acuerdo a lo estipulado en las normas INS y vigilancia epidemiológica Departamental, y que sea acorde a los lineamientos y protocolos definidos por el Ministerio de Salud y protección social e instituto Nacional de Salud, así como lo establecido en la Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001, Decreto 3518 y 2323 de 2006, decreto unificado 780 de 2016 y reglamento sanitario internacional- RSI.	Se realiza seguimiento a la notificación a Sivigila, RUAF ND, RIPS Se realiza visita de asistencia técnica al personal del puesto de salud	Acta de asistencia técnica
11. Apoyar con la remisión al área de epidemiología del Departamento con una periodicidad mensual (dentro de los primeros 15 días calendario) los RIPS generados por la UPGD bajo la estructura de SIANIESP conjuntamente con el tablero de control que refiere el seguimiento al envío por parte de la totalidad de UPGDs del municipio. Generar copia al correo del pic@macheta-cundinamarca.gov.co.	Se consolidan y envían RIPS correspondientes al mes de mayo de 2026	Pantallazo de envío a SSC

12. Realizar del 100% de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública y de aquellos eventos que según lineamiento nacional lo requieran, utilizando la metodología " Ruta de la vida, camino a la supervivencia, cuatro demoras y determinantes sociales", junto con las EAPB, las UPGDs y demás actores involucrados; la información deberá ser enviada a la secretaría departamental en un plazo no mayor a 35 días calendario después de la ocurrencia del evento, anexando los soportes establecidos a nivel nacional.	No se realiza en el periodo a informar	NA
13. Realizar mensualmente visita de seguimiento para verificar la actualización de la caracterización de las UPGD Y UI (Unidad informadora), Brindando asesoría y asistencia técnica al 100% del personal técnico de las UPGD presentes en el municipio, para la captura, implementación, monitoreo y envío de la información de los eventos en salud pública y actividades de vigilancia en salud pública	Se realiza visita de asistencia técnica a la UPGD.	Acta de visita
14. Apoyar y asistir a la reunión de forma trimestral de la estrategia de gestión integrada para la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades transmitidas por animales vertebrados, EGI. ETV y zoonosis municipal.	No se realiza en el periodo a informar	NA
15. Apoyar con la elaboración de los informes requeridos por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	No se realiza en el periodo a informar	NA
RELACIÓN DE ANEXOS- Se adjunta anexos en el DRIVE, con imágenes de capturas, registro fotográfico y listados de asistencia.		
D.SSD.OCUMENTOS	DOCUMENTOS ALLEGADOS	N° DE FOLIOS
Factura o cuenta de cobro	X	1
Informe de actividades	X	4
Registro fotográfico	X	3
Planilla de pago a seguridad social	X	1
Anexos (describirlos si los hay)	X	Drive
OBSERVACIONES		
Se adjunta anexo en el drive en el siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1LigUWkHyYsFBZckVkBoczer3ee_I0vUY SOPORTES CUENTA 6 CONTRATO 084- 2026		
 DIANA YOLIMA BUSTOS ALVAREZ C.C. 52.216.520 DE BOGOTÁ Contratista		