

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| Número del Contrato:      | CO1.PCCNTR.7581694                                                                                                                                                                                                                               |                      |            |
| Objeto del Contrato:      | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA VIGILANCIA, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE LA POBLACIÓN EN GENERAL, MATERNO INFANTIL Y LAS ESTADÍSTICAS VITALES DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA. |                      |            |
| Contratista:              | YURY ROSMARY ROMERO ROMERO                                                                                                                                                                                                                       |                      |            |
| No. de Cedula             | 35199816                                                                                                                                                                                                                                         |                      |            |
| Fecha Inicio del Contrato | 03/03/2025                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha de Terminación | 27/11/2025 |
| Periodo del Informe       | 03/08/2025-02/09/2025                                                                                                                                                                                                                            |                      |            |

| DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO     |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| Valor total del Contrato      | \$ 62.142.500         |
| Valor a Pagar en este periodo | \$ 7.035.000          |
| Saldo por Pagar               | \$ 19.932.500         |
| Pago No.                      | 6 (seis) de 9 (nueve) |

| CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
| A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así: |                               |                                           |
| ENTIDAD CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS | FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NA                            | NA                                        |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX       | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                   |

| RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. |             |                                  |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|--------------|
| Tipo de aporte                                                                                                  | Planilla N° | Mes al que corresponde el aporte | Valor Pagado |
| Salud                                                                                                           | 4617877178  | AGOSTO                           | \$ 351.800   |
| Pensión                                                                                                         |             |                                  | \$ 450.300   |
| ARL                                                                                                             |             |                                  | \$ 29.400    |

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. **CO1.PCCNTR.7581694**, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el **03/08/2025-02/09/2025**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Apoyar a la Secretaría de salud en el seguimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública que afecten a la población del municipio de Chía, mediante la información reportada por las Instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS del municipio de Chía, con el fin de mantener actualizados los observatorios de salud pública. Presentar informe de indicadores de vigilancia. | <p>Se realiza seguimiento a los indicadores epidemiológicos de los eventos de interés en salud pública que afectan a la población del municipio de Chía.</p> <p>Se actualizan bases de datos e indicadores en los en los observatorios de vigilancia epidemiológica de la secretaría de salud y se realiza reuniones con los referentes de gestión de la salud pública para revisar las bases de los observatorios e indicadores.</p> <p>Producto (Anexo informe de indicadores de vigilancia, actas reuniones, registro fotográfico.)</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2. Apoyar a la Secretaría de Salud en el seguimiento de los eventos de interés en salud pública (defectos congénitos, crónicas transmisibles y no transmisibles) notificados por el departamento de Cundinamarca y el sistema de vigilancia epidemiológica-SIVIGILA, con el fin de prevenir y/o evitar la propagación de las estas enfermedades en la población de Chía. Presentar actas y/o formatos de los seguimientos.</p> | <p>Se realiza seguimientos e investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los siguientes eventos de interés en salud pública:</p> <p>2 Caso probable de Tos ferina<br/>2 Casos probables de Síndrome de rubeola congénita<br/>1 Caso sarampión</p> <p>Producto (Anexo, actas y pantallazos formatos Investigaciones epidemiológicas de campo, informe BAC-MRCV_BLOQUEO VACUNAL, correos de envío de las IEC y soportes de las acciones realizadas)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>3. Apoyar a la Secretaría de Salud en el seguimiento y vigilancia de los eventos de interés en salud pública que corresponden a enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles en la población del municipio de Chía a través de alertas generadas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, con el fin de evitar y/o controlar posibles brotes en la población del municipio de Chía.</p>                  | <p>Se realiza seguimiento y vigilancia de los eventos de interés en salud pública, revisando y analizando las alertas generadas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, se consolida la información.</p> <p>Se realiza envío de alertas originadas por el SIVIGILA, de la semana epidemiológica 31 a la 35, a los referentes de gestión de la salud pública, de cada evento para realizar las acciones correspondientes.</p> <p>Producto (Anexo pantallazos de las bases consolidadas y correos enviados de las alertas generadas)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>4. Apoyar a la Secretaría de Salud en el seguimiento y vigilancia de los eventos relacionados con morbilidad y mortalidad (autopsias verbales y sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la web-VEMMBW del Instituto nacional) de gestantes y menores de edad, a través de asistencia técnica y búsqueda activa de casos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS.</p>                       | <p>Se realiza seguimiento y vigilancia de los eventos relacionados con morbilidad y mortalidad. A través de la revisión del sistema de vigilancia epidemiológica modulo unidad de análisis y se realiza retroalimentación a las IPS que registran casos probables de muertes maternas. Se realiza asistencia técnica a la Clínica Chía, en el seguimiento y vigilancia de los eventos relacionados con morbilidad y mortalidad y se realiza asistencia técnica con el personal médico de la Clínica Chía, por la inoportunidad en la notificación en un caso de tosferina.</p> <p>Se realiza seguimiento a tres casos notificados como gestantes mal nutrición.</p> <p>Producto (Correo enviado de solicitud revisión casos probables muertes maternas notificados en el SIVIGILA aplicativo Unidad de análisis, acta asistencia técnica Clínica Chía y actas de seguimientos casos gestantes mal nutrición)</p> |
| <p>5. Apoyar a la Secretaría de salud en la asistencia técnica, seguimiento y orientación a las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, en el reporte mensual de la Búsqueda activa institucional y el funcionamiento del SIVIGILA, con el fin de dar cumplimiento al proceso de notificación de esta plataforma de los eventos de interés en salud pública por parte de la Secretaría de Salud.</p>                 | <p>Se realiza asistencia técnica en la orientación y realización de la Búsqueda activa institucional, de forma presencial: IPS Clínica Chía, Compensar y Emermédica.</p> <p>Se realiza retroalimentación a las siguientes IPS en la realización de la BAI: Cafam, IPS Colsanitas, Clínica Chía, Emermédica, E.S.E Hospital San Antonio de Chía y Virrey Solís y se realiza envío de la BAI del mes de julio del 2025, a la Secretaría de salud de Cundinamarca.</p> <p>Producto (Anexo actas asistencias técnicas, correos retroalimentación y corre envío BAI del mes de julio 2025)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Apoyar a la Secretaría de Salud en la ejecución presencial o virtual de las unidades de análisis de mortalidades presentes en el municipio de Chía, a las cuales deben asistir las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS, con el fin de determinar las posibles causas de las defunciones ocurridas en el municipio de Chía.                                                                  | <p>Se organiza y se participa en la unidad de análisis de un caso prioritario de mortalidad perinatal y neonatal tardía, el 8/08/2025. Se organiza unidad de análisis de caso sin muestra notificado como probable para tosferina.</p> <p>Producto (Anexos: Registro fotográfico, planilla de asistencia, pantallazo acta unidad de análisis, correos envío del acta, correo envío invitación unidad de análisis caso sin muestra)</p>                                |
| 9. Apoyar a la Secretaría de salud en el seguimiento de los informadores dentro del sistema de vigilancia epidemiológica con relación al manejo de los eventos de interés en salud pública a través de base de datos suministrada por el Departamento de Cundinamarca, para lo cual deberá hacer registro en los formatos del Instituto Nacional de Salud, con el fin de su inclusión en el Sistema SIVIGILA-sistema de vigilancia epidemiológica. | <p>Se realiza apoyo en el seguimiento a una unidad informadora, donde se verifica si cumplen con los criterios para ser incluidos en el sistema SIVIGILA.</p> <p>Se realizo seguimiento a: consultorio de pediatría María Constanza Castilla</p> <p>(Producto: (Anexo: acta unidad informadora)</p>                                                                                                                                                                   |
| 11. Apoyar a la Secretaría de Salud de Chía en las actividades que se generen con relación a los eventos de interés en salud pública. Decreto 3518 de 2006 y demás normas que modifiquen, sustituyan y/o adicionen, de acuerdo al objeto contractual.                                                                                                                                                                                              | <p>Se participa en reunión de fortalecimientos de actividades relacionadas con el evento de tosferina y se realiza apoyo en la elaboración del borrador de la circular sobre la intensificación y fortalecimiento de las acciones de vigilancia, seguimiento y prevención de la enfermedad y promoción de la salud por presencia de casos de tosferina en el municipio de chía.</p> <p>Producto (Anexo: acta reunión, planilla de asistencia y borrador circular)</p> |

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.