

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | KAREN YICED TORRALVA PEREIRA | | CC: | 1033743500 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | KARENTORRALVA06@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3142991337 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 5 48G 04 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 488420788058 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5945 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.448.600 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/07/16 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/10/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 | | |


KAREN YICED TORRALVA PEREIRA
PS_5945_2025_AF39D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN YICED TORRALVA PEREIRA

CC: 1033743500

CEL: 3142991337

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

KAREN YICED TORRALVA PEREIRA

CON C.C N°

1.033.743.500

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5945 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/07/16

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.305.920 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 8.651.720 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.448.600

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|--|
| 1 | Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoría pre o post prueba a la población clave durante el mes de Octubre del año 2025 en las siguientes jornadas: (1 de octubre 2025) Reunion de equipo y jornada Estacion call 22, (2 de octubre 2025) Estacion Olaya, (3 de octubre 2025) asistencia capacitacion resolucion 1314, (4 de octubre 2025) Parque Santander, (7 de octubre 2025) Reunion de Equipo y Jornada Museo Nacional, (8 de octubre 2025) Parque Periodistas, (9 de octubre 2025) Estacion las Aguas, (10 de octubre 2025) Parque Espinoza, (11 de octubre 2025) Museo Nacional, (14 de octubre 2025) Reunion de equipo y jornada Museo Nacional, (15 de octubre 2025) Parque Periodistas, (16 de octubre 2025) Zona de Comercio la Capuchina, (17 de octubre 2025) Parque Espinoza, (18 de octubre 2025) Parque Santander, (20 de octubre 2025) Reunion de Equipo y jornada California Nigh zona de tolerancia, (21 de octubre 2025) Fundacion Eudes Santa Fe, (22 de octubre 2025) Parque Espinoza, (23 de octubre 2025) Museo Nacional, (24 de octubre 2025) Zona de Comercio la Capuchina, (25 de octubre 2025) Parque Santander, (27 de octubre 2025) Reunion de Equipo y jornada Parque Periodistas, (28 de octubre 2025) Centro Comercial Visto, (29 de octubre 2025) Parque Santa Fe, (30 de octubre 2025) Zona de Comercio la Alameda, (31 de octubre 2025) Parque Santander y Entrega Insumos Cierre de mes. |
| 2 | Se construyeron fichas metodológicas para las actividades del convenio y se cumple a cabalidad con estas. |
| 3 | Se asiste los días 1, 7, 14 y 28 de Octubre de 2025 a las reuniones de equipo para planeación y asistencia técnica por parte de la coordinación del proyecto, recolección de insumos, entrega de formtos de las actividades realizadas durante la semana y salida a campo. |
| 4 | (1 de octubre 2025) Reunion de equipo y jornada Estacion call 22, (2 de octubre 2025) Estacion Olaya, (3 de octubre 2025) asistencia capacitacion resolucion 1314, (4 de octubre 2025) Parque Santander, (7 de octubre 2025) Reunion de Equipo y Jornada Museo Nacional, (8 de octubre 2025) Parque Periodistas, (9 de octubre 2025) Estacion las Aguas, (10 de octubre 2025) Parque Espinoza, (11 de octubre 2025) Museo Nacional, (14 de octubre 2025) Reunion de equipo y jornada Museo Nacional, (15 de octubre 2025) Parque Periodistas, (16 de octubre 2025) Zona de Comercio la Capuchina, (17 de octubre 2025) Parque Espinoza, (18 de octubre 2025) Parque Santander, (20 de octubre 2025) Reunion de Equipo y jornada California Nigh zona de tolerancia, (21 de octubre 2025) Fundacion Eudes Santa Fe, (22 de octubre 2025) Parque Espinoza, (23 de octubre 2025) Museo Nacional, (24 de octubre 2025) Zona de Comercio la Capuchina, (25 de octubre 2025) Parque Santander, (27 de octubre 2025) Reunion de Equipo y jornada Parque Periodistas, (28 de octubre 2025) Centro Comercial Visto, (29 de octubre 2025) Parque Santa Fe, (30 de octubre 2025) Zona de Comercio la Alameda, (31 de octubre 2025) Parque Santander y Entrega Insumos Cierre de mes. |
| 5 | Se realiza difución de las piezas comunicativas de Octubre realizadas y enviadas por Enterritorio para la promoción de actividades y puntos de atención en la ciudad de Bogotá y la subred Centro Oriente, estas piezas se comparten en grupos de Whatsapp de las poblaciones claves, aplicaciones como Grindr, Instagram y lideres comunitarios en los territorios. Y se direcciona al equipo psicosocial para agendamiento o en la aplicación de Cuidamos.com para cita de atención. |
| 6 | Durante las actividades realizadas en el mes de Octubre se realizó asesoría antes y después de la prueba rápida rápida a todas las personas atendidas, esta asesoría compete a: a) Inducción a prueba rápida para VIH, b) Resultado de la prueba c) prevención de ITS como uso del condón, lubricante y prácticas sexuales seguras d) Rutas de atención y canalización de casos al equipo psicosocial para atención en EPS o organizaciones de apoyo. |
| 7 | Durante las actividades realizadas en el mes de Octubre se realizó toma y lectura de prueba rápida de VIH a población clave siguiendo el protocolo de la guía de práctica clínica ante el algoritmo diagnóstico vigente establecido por el Ministerio de Salud. |
| 8 | Durante el mes de Octubre en las actividades realizadas se garantizó el cumplimiento del protocolo de atención para el diligenciamiento del consentimiento informado establecido por el Ministerio de Salud ante la atención para la toma de Prueba rápida rápida de VIH. Garantizando en el consentimiento el procedimiento a realizar, la custodia del resultado de la prueba y la canalización a otros servicios sociales si se requiere. Estos consentimientos se resguardan en el archivo físico del proyecto y en el sistema SISCO diligenciado por el equipo administrativo encargado. |

| | |
|----|---|
| 9 | Se realiza manejo y entrega adecuada de los residuos biológicos según protocolo recibido durante inducción por la subred Centro Oriente. Estos residuos se caracterizan por lancetas, caset de la prueba, isopañales y guantes, capilares, cada uno establecido en sus recolector establecido y entregados al equipo encargado en el CAPS Samper Mendoza. |
| 10 | Se sigue direccionamiento brindado por Enterritorio y la coordinación del proyecto en la verificación de la base de datos antes de la prueba rápida para la no repetición de usuarios, no obstante, se orienta la población a otros puntos de atención en la ciudad, a otros programas de la subred Centro Oriente y Organizaciones de Base Comunitarias. |
| 11 | Se realiza diligenciamiento adecuado y legibles a los formatos establecidos para las atenciones de la población en las actividades, estos formaos corresponden al consetimiento informado, Reporte de SIVIGILA, Formato de entrega de Auto test y paquete de prevención. Estos formatos son entregados el equipo administrativo encargado para su revisión y custodia en el archico del programa. |
| 12 | Se recibe insumos los días lunes del mes de Octubre de 2025 para la realización de actividades durante la semana, y se firman las planillas de recibidos que reposan en el area administrativa del proyecto. Se resguardan y se cuidan los insumos durante las actividades realizadas según orientaciones recibidas por la coordinación del proyecto, estos insumos se tuvieron durante el mes de Septiembre sin novendad |
| 13 | Se realiza entrega adecuada de canalización al equipo psicosal de los beneficiarios reactivos durante las actividades del mes de Septiembre para la remisión a las EPS, IPS o Organizaciones Comunitarias donde puedan recibir la atención médica y tratamiento cual sea el caso. Asimismo se direccionan los usuarios interesados en iniciar tratamiento PrEP como prevención conuinada para mitigar el riesgo de adquirir VIH |
| 14 | Cumplí con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por Enterritorio. |
| 15 | Se realiza el uso adecuado y responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, carné, etc.) suministrados por Enterritorio |
| 16 | Se custodian los formatos físicos y base (s) de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio |
| 17 | Desarrollar las demás actividades que les sean recomendadas y contribuyan al logro de las metas del proyecto. |
| 18 | Participar activamente en las capacitaciones y otras reuniones de tipo técnico-científicas o administrativas a las que sea invitado por parte de Enterritorio. |
| 19 | Apoyar en la formulación de estrategias locales para el abordaje a población clave y para mejorar el seguimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral en los casos encontrados como positivos y que fueron canalizados para tratamiento. |
| 20 | Informar a los usuarios sobre estrategias de prevención combinada y rutas para su acceso identificadas en la ciudad. |
| 21 | Brindar información sobre encuestas de valoración del riesgo de VIH y acompañar en su diligenciamiento a los usuarios que lo requieran. |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------|-------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 89934555 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2025/10/10 | \$ 178.900 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/10/10 | \$ 229.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/10/10 | \$ 34.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 442.800 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



KAREN YICED TORRALVA PEREIRA
PS_5945_2025_AF39D9

KAREN YICED TORRALVA PEREIRA
CC: 1033743500

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JOHN MARIO GAMA GONZALEZ
PS_5945_2025_AF39D9

JOHN MARIO GAMA GONZALEZ
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_5945_2025_AF39D9

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1033743500 | KAREN YICED TORRALVA PEREIRA | | Carrera 5 48 g 04 S | 3142991337 | KARENTORRALVA06@GMAIL.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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 10/10/2025 | 89934555 | \$442.800 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 900 | 0 | 178.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.200 | 0 | 229.000 | 1 | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 34.700 | | | | 34.700 | 8 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 178.000 | 178.900 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 229.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 440.500 | 442.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1033743500 | KAREN YICED TORRALVA PEREIRA | | Carrera 5 48 g 04 S | 3142991337 | KARENTORRALVA06@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 10/10/2025 | 89934555 | \$442.800 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Cotiz. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1033743500 | TORRALVA PEREIRA KAREN YICED | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA