PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-03, 10:36:23 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1077964867

Periodo Cotización: diciembre de 2025 | Periodo Servicio: diciembre de 2025 | Referencia pago 8823070513

PAGADA 30/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO		
Documento	CC1076383980	Dirección	CR 32 #10 A - 77
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3225253415
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1076383980	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1,423,500	$28,500	$0	$0	$0	$0	$469,000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$227,800	$178,000	$34,700	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$469,000	$0	$469,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Multipagas

OFC:	5183 - MP - Parque Soacha
FCH:	30/12/2025 02:34:54 PM
CAJ:	YOTALVARO - YURY OTALVARO CUMITRE
TER:	

TRANSACCION	Movii PILA - SIMPLE PLANILLA ASISTIDA
REFERENCIA 1	8823070513
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	469,000.00

MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	469,000.00

6a6508b0d20642a1ab0d123aadc19cba8

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS_7485_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7485_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7485_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7485_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7485_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7485_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KEILY YULIETH COPETE CAICEDO**			**CC:**	**1076383980**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KEYU112330@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3225253415**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 32 10A 77**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24139012527**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7485 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.705.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
PS_7485_2025_EE9C82

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
CC: 1076383980
CEL: 3225253415

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO			
	CON C.C N°	**1.076.383.980**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7485 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**167**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.189.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.705.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	1 OBLIGACION:PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESTE SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS.1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) REGISTRO DEL 100% DE LAS VISITAS REALIZADAS EN EL APLICATIVO GTAPS
2	2OBLIGACION : PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES.2.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GENERE MENSUALMENTE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DONDE REFLEJE LA LABOR QUE SE REALIZA DIARIAMENTE CON LOS USUARIOS QUE TENEMOS EN NUESTRO PROGRAMA MAS BIENESTAR.2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL.PLANILLA DE FIRMAS.
3	OBLIGACION 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.3.1 ACRTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTE LA INFORMACION DIARIA Y SOPORTES REQUERIDOS DE CADA UNA DE LAS ASTENCIONES PARA LLEVAR LA INFORMACION ACORDE DE CADA UNO DE NUESTROS USUARIOS. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) REGISTRODE CADA UNA DE LAS VISITAS EN EL APLICATIVO GTAPPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD.
4	4. OBLIGACION: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYE LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD.4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): FIRMAS EN ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES.
5	5. OBLIGACION: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE APROPIACION DESDE MI PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINIAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIOPERO BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES.5.2 PRODUCTO (EVIDENCIAS) ACTAS DE APROPIACION DELDOCUMENTOS OPERATIVO
6	6 OBLIGACION: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: DESARROLLE PROCESOS DE ASISTENCIAS TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIA MAS BIENESTAR, EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES CONFORME ASUS SABERES DISCIPLINARIO Y PORFESIONAL EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS DE PROCESOS: 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) FIRMA EN LOS LISTADOS DE ASISTENCIAS

7	7.OBLIGACION: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REGISTRE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GTAPPS DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIAS) DESCARGA DEL ARCHIVO PLANO.
8	8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICE LA REVISION ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS (PLANILLAS DE FIRMAS) BASES DE INFORMACION GENERADOS DIARIAMENTE COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN TERRENO CON CADA UNO DE LOS USUARIOSDEL CONVENIO. 8.2 PRODUCTO (O EVIDENCIAS) ACTAS DEVIDAMENTE FIRMADAS EN LOS LISTADOS ASISTENCIAS.
9	9 OBLIGACION: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES 9.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: ASISTI DIARIAMENTE A CADA UNO DE LOS TERRITORIOS A CORDADOS PARA PODER A BORDAR LA MAYORIA DE USUARIOS DE LA LOCALIDAD ASIGNADA. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIAS) FICHA DE NOTIFICACION DEPENDIEMDO EL CASO IDENTIFICADO EN EL ABORDAJE DIARIO.
10	10 OBLIGACION: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 PARTICIPE EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORMA A LAS ACTIVIDADES METAS Y PRODUCTOS PARA PODER VERIFICAR QUE REALMENTE ESTEN DE MUY BUENA CALIDAD Y SIN ERROR ALGUNO 10.2 PRODUCTO. FIRMA EN LISTADOS DE ASISTENCIAS.
11	11 OBLIGACION: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: ORGANICE EL ARCHIVO DE LA DOCUMETACION GENERADA. 11.2 PRODUCTO O EVIDENCIAS, FIRMA EN LISTADOS DE ASISTENCIAS.
12	12 OBLIGACION: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: REALICE LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONAN CON EL OBJETO DEL CONTRATA Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION 12.2PRODUCTO O EVIDENCIAS: ASISTENSIAS Y FIRMAS EN LOS LISTADOS.
13	13: OBLIGACION:REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.13.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: REALICE CARACTERIZACIONES SOCIODEMOCRATICAS ACOMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERICIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGUN LINIAMIENTOS EN EL DESARROLLO DE LAS CARACTERIZACION(ADGAR, TOMAS DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, SEGUN RESOLUCION 3280-2018, OMS FINDRICS, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLAS DE FIRMAS) 13.2PRODUCTO O (EVIDENCIAS)DESCARGA DEL ARCHIVO PLANO
14	14 OBLIGACION: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 ACTIVIDADES REALIZDAS: DILIGENCIE LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOCRATICA EN EL APLICATIVO GTAPPS DIARIAMENTE ACOMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVANCION 14.2 PRODUCTO: META AL 100% REGISTRADA EN EL APLICATIVO GTAPPS.
15	15 OBLIGACION: EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES).15.1 ACTIVIDADES REALIUZADAS: PRESENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS, BASES, MATRICES, CARTOGRAFIA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES) 15.2 PRODUCTO O EVIDENCIAS, ENTREGUE EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS MAPAS SEMAFORIZADOS CON COLORES PARA IDENTIFICAR LAS ZONAS DE ALTO RIESGO.
16	16 OBLIGACION: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR.16.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: PRESENTE EL MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO REALIZADO DURANTE EL TIEM REGISTRADO EN EL TERRITORIO PARA PODER LOGRAR LA EJECUCION DE LA MAYORIA DE USUARIOS DE CIERTA LOCALIDAD. 16.2 PRODUCTO O EVIDENCIAS (ENTREGA DE MAPAS TERRITORIALES)
17	17 OBLIGACION: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO). 17.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: PARTICIPE EN EL COMITE TERRITORIAL MENSUAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO ACLARAR DUDAS INFORMES, REVISAR COMO VAMOS CON EL PROCESO HASTA EL MOMENTO.17.2 PRODUCTO: FIRMAS EN LOS LISTADOS.
18	18 OBLIGACION:REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD)18.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: REALICE EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CACTURA DE INFORMACION CON CALIDAD(PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCION INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LINEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. 18.2 PRODUCTO O EVIDENCIAS: ENTREGA DE CONCENTIMIENTOS INFORMADOS FIRMADOS.

19	19 OBLIGACION: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 ACTIVIDADES A REALIZAR: GESTIONE Y ACTIVE LOS RIESGO EN SALUD PUBLICA SEGUN CORRESPON Y ACTIVE LOS RIESGO EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD ATRAVES DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA:19.2 PRODUCTO O EVIDENCIAS: REGISTRO EN EL PLAN DE CUIDADO LAS CITAS AGENDADES DE LOS USUARIOS Y REGISTRO EN EL TELEFONO DEL APLICATIVO PTAPP.
20	20 OBLIGACION: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN.20.1 ACTIVIDADES REALIZADAS: CUMPLI SEGUN MIFERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR VIGENTES.20.2 PRODUCTO O EVIDENCIAS : META A 100% CON CALIDAD, COMPLETITUD Y VERICIDAD EN LOS PLANOS DE DESCARGA Y USUARIOS DERIVADOS EN EL MODULO DE ALERTAS.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077964867	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/30	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/30	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/30	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*KEILY YULIETH COPETE CAICEDO* *PS_7485_2025_EE9C82* **KEILY YULIETH COPETE CAICEDO** **CC: 1076383980**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7485_2025_EE9C82* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7485_2025_EE9C82* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**