

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                             |                    |                      |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 53097394          | KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR |        | calle 35a numero 73f 30 sur | 1234567            | vivisbrand@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 (DIAMES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                  | 82608109        | 13/05/2026              | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                  | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA            | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                          | I               | \$0                     | \$541.800          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900        |
| PenSIón                | 1                              | 280.200                             | 280.200        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>541.800</b>                      | <b>541.800</b> |





¡Hola, Viviana Brand!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 541.800

Empresa: COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 12/05/2026

CUS: 303469814

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

COMPENSAR



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

|                                 |                             |                        |                  |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>     | KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR |                        | <b>CC:</b>       | 53097394                          |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>      | VIVIANA.BRAND2111@GMAIL.COM |                        | <b>TELÉFONO:</b> | 3112826357                        |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>     | KR 78P 54 00 SUR            |                        | <b>CIUDAD:</b>   | BOGOTA                            |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b> | BANCO DAVIVIENDA S.A.       | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | AHORROS          | <b>N° CUENTA:</b><br>007590343773 |

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

|                                 |                              |   |              |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>         | PS 7671 2025                 | <b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b> | \$ 2.713.200 |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b> | 2025/10/15                   | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>                   | 2026/07/31   |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b> | DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30 |   |              |



KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR

PS\_7671\_2025\_944926

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR**

**CC: 53097394**

**CEL: 3112826357**



**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**

**KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR**

**CON C.C N°**

**53.097.394**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 7671 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/10/15</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |            |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 2.377.280 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>119</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 44.329.280 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 2.713.200 |
|---|---------------|--|--------------|

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | DIEZ (10) MESES |
|--|-----------------|

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO |
|--|---------------------------------|

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | ANA MARGARET RABA SIERRA |
|-------------------------------|--------------------------|

**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 | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES   |
|------|--|
| 1    | OBLIGACIÓN 1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DESARROLLÉ ACTIVIDADES DEL CONVENIO CON PROFESIONALISMO Y EFICIENCIA, CUMPLÍ CON LOS PLAZOS Y FECHAS ESTABLECIDAS PARA CADA ACTIVIDAD, GARANTICÉ LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, IMPLEMENTE CARACTERIZACIÓN Y PLAN DE BIENESTAR ENFOCADOS A PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO A LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES, DENTRO DEL TERRITORIO ASIGNADO POR EL EQUIPO BÁSICO EXTRAMURAL. 1.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS. |
| 2    | OBLIGACIÓN 2. 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. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ELABORÉ Y PRESENTÉ UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL, DONDE ME ASEGURÉ DE QUE EL INFORME FUERA COMPLETO Y PRECISO 2.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO   |
| 3    | OBLIGACIÓN 3. VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS VERIFIQUÉ Y ENTREGUÉ LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITARON CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, VALIDANDO SU CALIDAD Y VERACIDAD. 3.2 EVIDENCIAS ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL LINK DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS  |
| 4    | OBLIGACIÓN 4. DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS DI RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD A NIVEL DISTRITAL, MANTENIENDO MI DISPONIBILIDAD Y EJECUTANDO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA SU ADECUADA RESOLUCIÓN. 4.2 EVIDENCIAS ENTREGUÉ UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE MIS FUNCIONES.   |
|      | OBLIGACIÓN 5. PARTICIPAR EN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA  |

|    |  |
|----|--|
| 5  | DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 5.2 FIRMAR FORMATOS DE ASISTENCIA.  |
|    | OBLIGACIÓN 6. 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 MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REVISÉ Y ALISTÉ LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS GENERADOS, ENTREGUÉ LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, ME ASEGURÉ DE QUE LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS  |
| 6  | FUERAN COMPLETOS Y PRECISOS, ENTREGUE Y DILIGENCIE LOS FORMATOS DE SEGUIMIENTO Y LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE CADA UNO DE LOS USUARIOS ABORDADOS. 6.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL LINK DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS   |
| 7  | OBLIGACIÓN 7. VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ACTIVÉ Y NOTIFIQUÉ LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE MIS INTERVENCIONES, ME ASEGURÉ DE QUE LOS EVENTOS FUERAN NOTIFICADOS DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA, REALICÉ NOTIFICACIÓN OPORTUNA A LOS SUBSISTEMAS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL PACIENTE ABORDADO 7.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: REPORTE DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN POR LOS CANALES REQUERIDOS  |
| 8  | OBLIGACIÓN 8. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED Y LA SUBRED. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, OPORTUNA Y RESPONSABLE A LAS REUNIONES Y ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS DURANTE EL MES 8. 2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: FUI A LAS REUNIONES PROGRAMAS CON SU DEBIDO CUMPLIMIENTO EN EL HORARIO ESTABLECIDO CON LA FIRMA DE ASISTENCIA |
| 9  | OBLIGACIÓN 9. APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICÉ EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, ME ASEGURÉ DE QUE LA DOCUMENTACIÓN ESTUVIERA ORGANIZADA Y FUERA FÁCILMENTE ACCESIBLE 9.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS ABORDADOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO.  |
| 10 | OBLIGACIÓN 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONARON CON EL OBJETO DEL CONTRATO, CUMPLÍ CON LAS SOLICITUDES Y REQUERIMIENTOS DE LA SUPERVISIÓN 12.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL LINK DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS   |
| 11 | OBLIGACIÓN 13. ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS DILIGENCIÉ LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS GTAPS DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LINK DE ASIGNACIÓN DE USUARIOS, ME ASEGURÉ DE QUE LA INFORMACIÓN FUERA COMPLETA, VERAZ Y PRECISA 13.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: DILIGENCIE 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL LINK DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DE LOS ARCHIVOS PLANOS DEL APLICATIVO GTAPS  |
| 12 | OBLIGACIÓN 14 REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS REALICÉ 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 EJECUTADAS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED Y LA SUBRED. 14.2 PRODUCTOS, EVIDENCIAS: ACTAS DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES ADICIONALES REALIZADAS DENTRO DEL LINEAMIENTO DEL CONVENIO.   |
| 13 | OBLIGACIÓN 15. SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS SUPERVISÉ Y DI CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL CONVENIO DE MANERA EFICAZ Y OPORTUNA CON CALIDAD. 15.2 PRODUCTO, EVIDENCIAS ENTREGADAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO CON SU RESPECTIVA REVISIÓN Y VALIDACIÓN EN APLICATIVO GTAPS   |
| 14 | OBLIGACIÓN 16. ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, OPORTUNA Y RESPONSABLE A LAS REUNIONES Y ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS DURANTE EL MES 16.2 PRODUCTO, EVIDENCIA: ASISTÍ A LAS REUNIONES PROGRAMAS CON SU DEBIDO CUMPLIMIENTO EN EL HORARIO ESTABLECIDO CON LA FIRMA DE ASISTENCIA   |

|    |   |
|----|---|
| 15 | OBLIGACIÓN 17. PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DESARROLLÉ PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO, APORTÉ CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS Y PROCESOS TRANSVERSALES, IMPLEMENTE PLANES DE BIENESTAR PARA EL CONVENIO 17.2 PRODUCTO, EVIDENCIAS FUI A LAS REUNIONES PROGRAMAS CON SU DEBIDO CUMPLIMIENTO EN EL HORARIO ESTABLECIDO CON LA FIRMA DE ASISTENCIA.  |
| 16 | OBLIGACIÓN 18. REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O EL ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. 18.2 EVIDENCIAS VERIFICADAS EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A MI CARGO, CERTIFICANDO LAS HORAS MENSUALES. |

|    |  |
|----|--|
| 17 | OBLIGACIÓN 19. REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS REVISÉ Y ALISTÉ LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS GENERADOS, ENTREGUÉ LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, ME ASEGURÉ DE QUE LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS FUERAN COMPLETOS Y PRECISOS, ENTREGUE Y DILIGENCIE LOS FORMATOS DE SEGUIMIENTO Y LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE CADA UNO DE LOS USUARIOS ABORDADOS. 19.2 EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL LINK DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS |
| 18 | OBLIGACIÓN 20. ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 20.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONARON CON EL OBJETO DEL CONTRATO, CUMPLIENDO CON LAS SOLICITUDES Y REQUERIMIENTOS DE LA SUPERVISIÓN 20.2 EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL LINK DE ASIGNACIÓN DE USUARIOS Y LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS  |
| 19 | OBLIGACIÓN 21. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 21.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ME ASEGURÉ DE QUE SE CUMPLIRÁN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE SE DERIVARON DEL CONVENIO. 21.2 EVIDENCIAS: ENTREGUE EN LAS FECHAS ESTIPULADAS DE LOS FORMATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 100% DE VALIDACIÓN DE CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y LA DESCARGA DE LOS ARCHIVOS PLANOS DEL APLICATIVO GTAPS   |

### 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                   |             |               |              |
|-------------------|-------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:  | N° 74972427 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:            | NUEVA EPS   | 2026/04/13    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:          | PORVENIR    | 2026/04/13    | \$ 280.200   |

|   |      |            |            |
|---|------|------------|------------|
| RIESGOS LABORALES:  | SURA | 2026/04/13 | \$ 42.700  |
| OTRO  |      |            |            |
| TOTAL PAGADO  |      |            | \$ 541.800 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA  |      |            |            |
| <p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p> |      |            |            |
| 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   |      |            |            |

|  |   |
|--|---|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  | <br><i>KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR</i><br><hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <i>PS_7671_2025_944926</i><br><b>KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR</b><br><b>CC: 53097394</b>          |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>   | <br><i>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</i><br><hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <i>PS_7671_2025_944926</i><br><b>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</b><br><b>SUPERVISOR ALTERNO</b> |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br><i>ANA MARGARET RABA SIERRA</i><br><hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <i>PS_7671_2025_944926</i><br><b>ANA MARGARET RABA SIERRA</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>   |

- 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

Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  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   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7871 2025 8-5-26.pdf           | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7871 2025 8-5-26.pdf | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf             | PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf           | PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf                | PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf               | PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf (Archivado) | PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf             | PS_7871_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS_7871_2025_CUENTA_COBRO_MARZO_2026.pdf                  | PS_7871_2025_CUENTA_COBRO_MARZO_2026.pdf        | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar
Borrar [Cargar nuevo](#)
Evaluación de la Entidad Estatal