

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030542902		LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES	INDEPENDIENTE	Principal	calle 48 sur 72j 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012564313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300745383	9504563909	I	2026/05/05	2026/05/12	NEQUI	7	\$381,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					\$1,225,634	\$196,200			\$1,225,634	\$153,300			\$0	\$0			\$1,225,634	\$29,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,225,634	\$196,200			\$1,225,634	\$153,300			\$0	\$0			\$1,225,634	\$29,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,225,634	\$196,200			\$1,225,634	\$153,300			\$0	\$0			\$1,225,634	\$29,900		\$0	\$0
1	CC	1030542902	PATIÑO LEIDY	25-14	21	\$1,225,634	\$196,200	EPS008	21	\$1,225,634	\$153,300	0	\$0	\$0	14-11	21	\$1,225,634	\$29,900	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,225,634	\$196,200			\$1,225,634	\$153,300			\$0	\$0			\$1,225,634	\$29,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030542902		LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCÉS	INDEPENDIENTE	Principal	calle 48 sur 72j 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012564313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300745383	9504563909	I	2026/05/05	2026/05/12	NEQUI	7	\$381,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$196,200	\$1,000	\$0	\$197,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$196,200	\$1,000	\$0	\$197,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$29,900	\$200	\$0	\$30,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$29,900	\$200	\$0	\$30,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$153,300	\$800	\$0	\$154,100	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$153,300	\$800	\$0	\$154,100	
TOTAL				1	\$379,400	\$2,000	\$0	\$381,400	



Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla de aportes con clave:
9504563909

Tienda

APORTES EN LINEA

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

11 de mayo de 2026 a las 7:34 p. m.

CUS

300745383

¿Cuánto?

\$ 381.400,00

Factura de comercio

9504563909

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

[Imprimir](#)

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES		CC:	1030542902	
CORREO ELECTRÓNICO:	leidypgarces8@gmail.com		TELÉFONO:	3012564313	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48 SUR 72J 15		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	070531009

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3740 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 752.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30		



LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES
PS_3740_2026_D2C329

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES

CC: 1030542902

CEL: 3012564313

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

LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES

CON C.C N° 1.030.542.902

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 EN TU HOGAR
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3740 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.801.920	No. HORAS EJECUTADAS	33
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.801.920	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 752.400
---	---------------	--	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS
--	-------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	-------------------------------------

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	<p>1. Obligación</p> <p>Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.</p> <p>1.1 Actividades: Se realizaron visitas domiciliarias presenciales a los adultos mayores asignados en la unidad de prestación de servicios, cumpliendo con la programación establecida por la Subred Centro Oriente. Durante estas visitas se efectuó valoración social, identificación de necesidades, acompañamiento psicosocial, orientación individual, seguimiento a condiciones de salud, fortalecimiento de redes de apoyo y verificación de condiciones de vivienda y entorno familiar.</p> <p>1.2 Evidencia: Registro de visitas domiciliarias, planillas firmadas por los usuarios, formatos de seguimiento social, informes mensuales de actividades y bases de datos actualizadas.</p> <p>Soportes de planillas: Planillas de visitas presenciales firmadas por los usuarios atendidos.</p>
---	--

2	<p>2. Obligación</p> <p>Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar y suscrito entre el FDS y la Subred y/o actualizaciones que correspondan.</p> <p>2.1 Actividades: Participación en capacitaciones, reuniones técnicas y jornadas de actualización sobre lineamientos operativos del programa Más Bienestar, Más Compañía, con enfoque desde Trabajo Social para la correcta ejecución de intervenciones domiciliarias.</p> <p>2.2 Evidencia: Asistencia a capacitaciones, actas de reunión, aplicación adecuada de lineamientos técnicos durante las visitas y procesos de intervención.</p> <p>Soportes de planillas: Listados de asistencia y registros institucionales de capacitación.</p>
---	--

3	<p>3. Obligación.</p> <p>Entregar al supervisor, una vez finalice el contrato, los archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos y dotación que se hubieren generado y/o entregado durante su ejecución.</p> <p>3.1 Actividades: Organización, revisión y entrega de documentos físicos y digitales correspondientes a visitas, seguimientos, planillas, bases de datos, informes y demás soportes generados durante la ejecución contractual.</p>
---	---

3	<p>2.2 Evidencia: Carpetas organizadas, archivos digitales consolidados y acta de entrega.</p> <p>Soportes de planillas: Acta de entrega firmada y relación documental.</p>
4	<p>4. Obligación</p> <p>Realizar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes parafiscales.</p> <p>4.1 Actividades: Pago oportuno mensual de seguridad social correspondiente a salud, pensión y ARL, cumpliendo con la normatividad vigente.</p> <p>4.2 Evidencia: Planillas PILA pagadas mensualmente.</p> <p>Soportes de planillas: Comprobantes de pago de seguridad social.</p>
5	<p>5. Obligación</p> <p>Desarrollar el Plan de Bienestar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas.</p> <p>5.1 Actividades: Diseño y ejecución de planes de bienestar individual con adultos mayores priorizados, enfocados en nutrición, actividad física, prevención del aislamiento social, fortalecimiento emocional y acceso a redes de apoyo.</p> <p>5.2 Evidencia: Planes de bienestar diligenciados, seguimiento de compromisos y reportes de intervención.</p> <p>Soportes de planillas: Formatos de plan de bienestar firmados.</p>
6	<p>6. Obligación</p> <p>Realizar la planilla de las familias con las que se inician los planes de bienestar familiar o el formato de disentimiento.</p> <p>6.1 Actividades: Diligenciamiento de planillas familiares, recolección de firmas, registro de aceptación o rechazo del proceso de intervención y cierre de gestión de casos.</p> <p>6.2 Evidencia: Planillas familiares diligenciadas, formatos de disentimiento y cierre de casos.</p> <p>Soportes de planillas: Planillas firmadas por usuarios y familias.</p>
7	<p>7. Obligación</p> <p>Realizar los tamizajes requeridos por el perfil de acuerdo con las fichas técnicas.</p> <p>7.1 Actividades: Aplicación de tamizajes sociales y psicosociales según necesidad identificada, incluyendo acompañamiento emocional, identificación de riesgos familiares y evaluación de red de apoyo.</p> <p>7.2 Evidencia: Formatos de tamizaje diligenciados y reportes de intervención social.</p> <p>Soportes de planillas: Formatos físicos y digitales de tamizajes.</p>
	<p>8. Obligación</p> <p>Realizar las canalizaciones y seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias.</p> <p>8.1 Actividades: Remisión de usuarios a servicios médicos, programas comunitarios, comedores comunitarios, apoyo psicosocial, validación de Sisbén y gestión institucional según necesidad identificada.</p>

8	<p>8.2 Evidencia: Formatos de canalización, seguimientos y respuestas institucionales.</p> <p>Soportes de planillas: Registros de remisión y seguimiento.</p>
9	<p>9. Obligación</p> <p>Realizar agendamiento en tiempo real a la unidad resolutive más cercana del usuario.</p> <p>9.1 Actividades: Apoyo en asignación de citas médicas, orientación en rutas de atención y acompañamiento para acceso a servicios de salud.</p> <p>9.2 Evidencia: Confirmación de citas médicas asignadas.</p> <p>Soportes de planillas: Registro de agendamiento y seguimiento</p>
10	<p>10. Obligación</p> <p>Realizar notificación de eventos de interés de salud pública.</p> <p>10.1 Actividades: Identificación y reporte de casos de riesgo social, abandono, maltrato, vulnerabilidad o eventos relevantes para salud pública detectados durante visitas domiciliarias.</p> <p>10.2 Evidencia: Formatos de notificación y reportes institucionales.</p> <p>Soportes de planillas: Registro de notificación formal.</p>
11	<p>11. Obligación</p> <p>Realizar el cargue al aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad.</p> <p>11.1 Actividades: Registro oportuno de información de visitas, intervenciones, seguimientos y canalizaciones realizadas con cada adulto mayor atendido.</p> <p>11.2 Evidencia: Cargue completo en plataforma GTAPS.</p> <p>Soportes de planillas: Reportes del sistema y validación de cargue.</p>
12	<p>12. Obligación</p> <p>Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad.</p> <p>12.1 Actividades: Participación en jornadas de mejoramiento institucional, revisión de procesos y fortalecimiento de la calidad en la atención brindada.</p> <p>12.2 Evidencia: Actas de participación e informes de mejora.</p> <p>Soportes de planillas: Listados de asistencia institucional.</p>
	<p>13. Obligación</p> <p>Cumplir con actividades y productos programados con calidad de datos.</p> <p>13.1 Actividades: Diligenciamiento correcto, claro y oportuno de todos los formatos, bases de datos y registros derivados de la atención social.</p> <p>13.2 Evidencia: Bases actualizadas e informes completos.</p> <p>Soportes de planillas:</p>

13	<p>Formatos revisados y aprobados.</p>
14	<p>14. Obligación</p> <p>Realizar revisión y responder por formatos de captura, documentos, bases o informes generados.</p> <p>14.1 Actividades: Verificación constante de formatos, corrección de inconsistencias y entrega de documentación completa y organizada.</p> <p>14.2 Evidencia: Informes revisados y soportes completos.</p> <p>Soportes de planillas: Documentación validada</p>
15	<p>15. Obligación</p> <p>Realizar cargue y entrega de cuenta de cobro en los tiempos establecidos.</p> <p>15.1 Actividades: Entrega mensual de cuenta de cobro con soportes correspondientes dentro de los tiempos establecidos por la Subred.</p> <p>15.2 Evidencia: Cuenta de cobro radicada.</p> <p>Soportes de planillas: Radicado y soportes administrativos.</p>
16	<p>16. Obligación</p> <p>Dar cumplimiento de la política de protección y tratamiento de datos personales.</p> <p>16.1 Actividades: Manejo confidencial de información de usuarios, protección de documentos y uso responsable de datos personales.</p> <p>16.2 Evidencia: Cumplimiento institucional de manejo documental.</p> <p>Soportes de planillas: Formatos institucionales y controles de acceso.</p>
17	<p>17. Obligación</p> <p>Realizar notificación del trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias y violencia contra las mujeres.</p> <p>17.1 Actividades: Identificación de riesgos sociales durante visitas domiciliarias y reporte oportuno de situaciones de vulneración de derechos cuando fue necesario.</p> <p>17.2 Evidencia: Formatos de notificación y seguimiento.</p> <p>Soportes de planillas: Reportes institucionales.</p>
18	<p>18. Obligación</p> <p>Apropiar medidas para prevenir, corregir y denunciar el hostigamiento sexual, violencia y discriminación contra las mujeres.</p> <p>18.1 Actividades: Orientación a usuarios sobre rutas de atención, prevención de violencia y promoción de entornos protectores y libres de discriminación.</p> <p>18.2 Evidencia: Registros de orientación y acompañamiento social.</p> <p>Soportes de planillas: Formatos de intervención social.</p>
	<p>19. Obligación</p> <p>Cumplir con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio Más Bienestar vigente.</p>

19	19.1 Actividades: Cumplimiento integral de visitas domiciliarias, acompañamiento psicosocial, orientación social, fortalecimiento de redes de apoyo, promoción de actividad física, alimentación saludable y bienestar emocional.
	19.2 Evidencia: Informes mensuales, planillas firmadas, GTAPS, seguimientos y canalizaciones.
	Soportes de planillas: Consolidado mensual de soportes físicos y digitales.

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 (2026-04-10) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 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 .
- 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



LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES

PS_3740_2026_D2C329

LEIDY DEL MAR PATIÑO GARCES

CC: 1030542902

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS_3740_2026_D2C329

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

SUPERVISOR ALTERNO



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_3740_2026_D2C329

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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