

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS
No. Identificación: CC1013641806
Dirección: CLL66#18N71SUR
Telefono: 5162111
Correo: kateringuerra16@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390974130

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1013641806	Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Número de planilla	8390974130	Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Fecha pago	2026-06-10	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	74689718	Total Pagado	545100
Banco	1023	Total Intereses de Mora	3300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	43000	1
230301	Porvenir	281900	1
EPS002	Salud Total EPS	220200	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1013641806
 APELLIDOS Y NOMBRES: LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

JUN 09 2026 17:44:41 RBMDES10.6

CORRESPONSAL
MULTISERVICIOS EDUARDO
CLL 67A 18N-95 SUR

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0015911878

TER: BBBBZ057

V. ELECTRON

Cc

**2153

RECIBO: 003889

RRN: 006882

RECAUDO

APRO: 381393

SERVICIO: 0000001138

FACTURA: 000000008390974130

**** PAGO FACTURA ****

TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 545.100

*** CLIENTE ***

MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

NACIONAL: 01 8000518877

JUN 09 2026 - 17:45:14

CORRESPONSAL
MULTISERVICIOS EDUARDO
CLL 67A 18N-95 SUR
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001138

FACTURA: 000000008390974130

VALOR:

\$ 545.100

TOTAL:

\$ 545.100

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS		CC:	1013641806	
CORREO ELECTRÓNICO:	KATERINGUERRA16@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3197594019	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 66 SUR 18 71		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488453221886

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3742 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.786.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS
PS_3742_2026_C0B7C7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS

CC: 1013641806

CEL: 3197594019

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

LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS

CON C.C N°

1.013.641.806

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 3742 2026

FECHA INICIO CONTRATO

2026/04/09

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

11.227.680

No. HORAS EJECUTADAS

172

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

11.227.680

VALOR DE HONORARIOS

\$ 2.786.400

PERÍODO A CERTIFICAR:

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:

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)

1	1.OBLIGACION: 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. 1.1 ACTIVIDAD: PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER OPERATIVA APS 1.2EVIDENCIA: PARTICIPE EN CADA UNO DE LOS FORTALECIMIENTOS E INDUCCIONES GENERALES.
2	2. OBLIGACION: 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. 2.1 ACTIVIDAD: REALICE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL DOCUMENTO OPERATIVO, 2.2 EVIDENCIA ENTREGUE EL ACTA A LA LIDER OPERATIVA CON FECHA DEL 10 DE ABRIL
3	3.OBLIGACION: 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. 3.1 ACTIVIDAD:RECIBI EL CARNET INSTITUCIONAL Y CHAQUETA 3.2 EVIDENCIA:FIRME ACTA DE RECEPCIÓN DE CHAQUETA.
4	4. OBLIGACION:REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES CONFORMIDAD CON LA LEY 4.1ACTIVIDAD: REALICE EL PAGO DE MI SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE ABRIL 4.2 EVIDENCIA: CARGUE MI PLANILLA DEL MES DE ABRIL
5	5. OBLIGACION: DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1ACTIVIDAD: REALICE MIS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO CON CRITERIOS DE CALIDAD 5.2 EVIDENCIA:CARGUE MIS ENTREGABLES EN LA CARPETA DE REGISTROS Y DRIVE COMPARTIDAS POR LA LIDER OPERATIVA
6	6. OBLIGACION:REALIZAR LA PLANILLA Y EL FORMATO DE VERIFICACIÓN EL ARCHIVO 6.1ACTIVIDAD: REALICE SEGUIMIENTO TELEFÓNICOS A LA BASE DE SARAMPION VERIFICACIÓN DE CARNET SI YA TENÍAN ESQUEMA COMPLETO O SE PROEDIA A LLAMAR PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE PUNTO DE VACUNACIÓN 6.2 EVIDENCIA:CARGUE LA BASE ACTUALIZADA EN EL DRIVE COMPARTIDO CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
7	7. OBLIGACION:REALIZAR LOS REGISTROS REQUERIDOS POR EL PERFIL SEGÚN APLIQUE. 7.1 ACTIVIDAD: PARA MI PERFIL NO SE APLICAN TAMIZAJES, SE APLICÓ EN LA VALIDACIÓN DE BASES EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO 7.2 EVIDENCIA: CONTE CON EL ESCANER DE LOS SISS Y LA MATRIZ PAI.
8	8. OBLIGACION: REALIZAR LAS SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1ACTIVIDAD: REALICE VERIFICACIÓN DE LA BASE DE CAPITAL SALUD Y VERIFICACION DE KA BASE DE SARAMPION Y RUBEOLA 8.2:EVIDENCIA NO APLICA PARA MI PERFIL
9	9.OBLIGACION: REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDAD: DIRECCIONE a los puntos más cercano a los usuarios que tenían pendientes esquema de vacunación. 9.2 EVIDENCIA: REALICE seguimiento telefónicos a los usuarios que tienen el esquema incompleto y se les brindó la información sobre la vacuna pendiente y se explica punto más cercano de vacunación
10	10. OBLIGACION:REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA 10.1 ACTIVIDAD: VERIFIQUE EN EL APLICATIVO PAI WEB 10.2 EVIDENCIA: NO APLICA PARA MI PERFIL

11	11. OBLIGACION:REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 ACTIVIDAD: APLIQUE EL CARGUE EN GTAPS PARA MI PERFIL, COMO REGISTRADORA EN EL APLICATIVO, CARGUE ESTE MES DILIGENCIA EN EL DRIVE LAS ACCIONES. 11.2 EVIDENCIA: ADJUNTE LOS ESCANER EN LA BASE ASIGNADA
12	12. OBLIGACION:ACTIVIDAD: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. 12.1 CUMPLI CON CALIDAD EN TODAS MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 12.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES CON CALIDAD A LA LIDER OPERATIVA
13	13.OBLIGACION: CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE MI PERFIL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDAD:REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR LOS JEFES OPERATIVO DE PAI , SE ESCANEARON SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN SE SUBIERON A LA CARPETA CON CALIDAD 13.2 EVIDENCIA: ENTREGUE CARPETAS Y DRIVE CON SOPORTE.
14	14. OBLIGACION:REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDA: REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR JEFES OPERATIVO POR LOS DE PAI REALICE LOS SOPORTES Y CARGUE AL DRIVE DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN 14.2 EVIDENCIA: REALICE LA BASE DRIVE SARAMPION, BASE DE CAPITAL SALUD SE VERIFICAN CARNET VACUNAS Y BASE MATRIZ PAI.
15	15. OBLIGACION:REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1ACTIVIDAD: REALICE MI CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL ACORDE A MI FECHA DE INGRESO Y ACTIVIDADES REALIZADAS 15.2 EVIDENCIA:CARGUE DE CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO EN EL APLICATIVO.
16	16.OBLIGACION: DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1ACTIVIDAD: CUMPLI CON LAS POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SISS 16.2 EVIDENCIA: LE DI CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA EN SUPERVSIÓN DE MI LIDER OPERATIVA.
17	17. OBLIGACION:REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 ACTIVIDAD: INFORME OPORTUNA A LA JEFE DE OPERACION17.2EVIDENCIA: NO APLICA PARA EL PERFIL
18	18.OBLIGACION: APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1ACTIVIDAD: APLIQUE LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN. 18.2 EVIDENCIA:NO EVIDENCIE NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN.
19	19. OBLIGACION:CUMPLIR, SEGÚN PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO A LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1ACTIVIDAD: REALICE TODAS MIS ACTIVIDADES CON RESPONSABILIDAD Y VERACIDAD. 19.2 EVIDENCIA: REALICE ENTREGA DE TODAS MIS ACTIVIDADES CON CALIDAD,VERACIDAD Y OPORTUNIDAD.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8379016038	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/05	\$ 153.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/05	\$ 196.200

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/05	\$ 29.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 379.400
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)</p> <p>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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p><i>LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS</i> <i>PS_3742_2026_C0B7C7</i></p> <hr/> <p>LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS CC: 1013641806</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</i> <i>PS_3742_2026_C0B7C7</i></p> <hr/> <p>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</i> <i>PS_3742_2026_C0B7C7</i></p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		