

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077426395	NÚMERO PLANILLA:	6020786711	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	ALDERSON MURILLO HINESTROZA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 93 B N 34-15	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	mayo AÑO 2026		mayo AÑO 2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	9090792	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	414658402
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Comercio de partes, piezas (autopartes) y accesor				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
SUBTOTALES:										\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700
SUBTOTALES:										\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100								
SUBTOTALES:			\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES												PENSIÓN												SEGURIDAD SOCIAL								SALUD						ARP				PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	
1	CC 1077426395	MURILLO HINESTROZA ALDENSON	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.750.905				NO																230201-PROTECCIÓN	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	\$ 107742639	\$ 42.700	30	1.750.905	CCF24-COMPENSAR	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 576.900



Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Tienda

SOI ACH

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

23 de junio de 2026 a las 11:21 a. m.

CUS

414658402

Referencia Nequi

M06517522

¿Cuánto?

\$ 576.900,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 1

10.80.25.153

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

1077426395

Factura de comercio

6020786711

Tu plata salió de:



Disponible

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077426395
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALDERSON MURILLO HINESTROZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 93 B N 34-15	TELÉFONO:	9090792
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio de partes, piezas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	6020786711	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	414658402

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002297390	230201	230201- PROTECCION		1	\$ 280.200
SUBTOTAL:				1	\$ 280.200
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 218.900
SUBTOTAL:				1	\$ 218.900
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 35.100
SUBTOTAL:				1	\$ 35.100
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 42.700
SUBTOTAL:				1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 576.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 576.900

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALDENSON MURILLO HINESTROZA		CC:	1077426395	
CORREO ELECTRÓNICO:	ingenieroalderson@gmail.com		TELÉFONO:	3134226964	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 93B 34 15 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4582009265

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7359 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.980.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/04/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



ALDENSON MURILLO HINESTROZA
PS_7359_2025_1312AF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALDENSON MURILLO HINESTROZA

CC: 1077426395

CEL: 3134226964

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

CON C.C N° **1.077.426.395**

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7359 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/07
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.484.000	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.349.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.980.800
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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 | 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: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO, PERO BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED</p> <p>1.1 Actividad: Realice los servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio más bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el fds y la subred.</p> <p>1.2 Evidencias: Actas y formatos de asistencias que dan cuenta la participación de las asistencias técnicas</p> |
| 2 | <p>2. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>2.1 Actividad: Realice cronograma de actividades a desarrollar del equipo afro chango, para la ejecución de actividades mensuales como el Plan Familiar, Apechonerías y técnicas de curación.</p> <p>2.2 participe en la entrega de productos de las familias abordadas para el cumplimiento de la meta en cuanto a las caracterizaciones, cierres y seguimientos a las familias.</p> <p>2.3 Evidencias: Actas y formatos de asistencias que dan cuenta la participación de las asistencias Y ejecución de las actividades realizadas en el mes.</p> |
| 3 | <p>3. OBLIGACIÓN: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MÁS BIEN 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.</p> <p>3.1 Actividad: Realice entrega de los formatos de seguimientos al plan de cuidado familiar, apechonerías y técnicas de curaciones desarrolladas.</p> <p>3.2 Evidencias: Formatos de seguimientos y caracterizaciones diligenciados acorde al plan de cuidado familiar, actas y facturas realizadas durante el mes.</p> |
| 4 | <p>4. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>4.1 actividad: Se Asistió a las preauditorias convocadas por los líderes.</p> <p>4.2 Evidencias: Actas de revisión de productos de preauditorias</p> |
| 5 | <p>5. OBLIGACIÓN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIEN, EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.</p> <p>5.1 Actividad: Se Realizó revisión continua de los lineamientos con el fin de dar respuesta a los productos con calidad y oportunidad</p> <p>5.2 Evidencias: Acta inicial realizada al comienzo del convenio y donde seguidamente se entregó las actas realizadas por el líder operativo en seguimiento a los productos de acuerdo a los lineamientos.</p> |
| 6 | <p>6. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MÁS BIEN, EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES</p> <p>6.1 Actividad: Asistencia fortalecimiento de equipos por referente étnica.</p> <p>6.2 Evidencias: Listado de Asistencia donde dan cuenta de participación al fortalecimiento en el mes en curso.</p> |

7	<p>7. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>7.1 Actividad: Se realizo revisión, alistamiento y entrega de productos al líder operativo para su respectiva revisión.</p> <p>7.2 Evidencias: Se Realiza entrega de Formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar, actas y listados de asistencias de entrega de productos con sus respectivos soportes.</p>
8	<p>8. OBLIGACIÓN: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.</p> <p>8.1 Actividad: Se realizó 4 Apechonerías con temas que contribuyeron al cuidado de la salud familiar en espacios comunitarios e institucionales.</p> <p>8.2 Evidencias: Actas, listado de asistencia y registro fotográfico.</p>
9	<p>9. OBLIGACIÓN: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.</p> <p>9.1 Actividad: En las intervenciones realizadas no se presentó eventos de interés en salud pública para notificación a la enfermera para su respectivo reporte.</p> <p>9.2 Evidencias: Archivo plano</p>
10	<p>10. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>10.1 Actividad: Para el cumplimiento de esta obligación participe en las asistencias técnicas, comité, fortalecimientos y la gestión documental que muestra parte en el aplicativo GTAPS.</p> <p>10.2 Evidencias: listado de asistencia que da cuenta a la participación del evento.</p>
11	<p>11. OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.</p> <p>11.1 Actividad: Durante el mes en curso se realizó la gestión de archivo documental de las acciones que se realizan y son entregados de manera mensual para el cumplimiento de la obligación.</p> <p>11.2 Evidencias: listado de asistencia que da cuenta a la participación del evento.</p>
12	<p>12. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.</p> <p>12.1 Actividad: Para el cumplimiento de esta obligación participe en las asistencias técnicas, comité, fortalecimientos.</p> <p>12.2 Evidencias: Listados de asistencias que den cuenta la participación.</p>
13	<p>13. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>13.1 Actividad: Se realizo caracterización de riesgos ambientales, seguimientos y cierres desde el perfil ambiental</p> <p>13.2 Evidencias: Se entrega soporte de los productos entregados como Formatos de seguimientos y cierres diligenciados acorde al plan de cuidado familiar, actas y listados</p>
14	<p>14. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>14.1 Actividad: Se diligencio información de seguimientos y cierres ambientales en el plan de cuidado familiar dentro de los tiempos establecidos a la aplicación GTAPS.</p> <p>14.2 Evidencias: archivos planos</p>
15	<p>15. OBLIGACIÓN: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES).</p> <p>15.1 Actividad: Equipos étnicos afro no presenta bases, mapas o matrices más sin embargo para este mes en curso se realizó un ejercicio con el componente de territorio en el centro administrativo de Lourdes que realizo la subred CO.</p> <p>15.2 Evidencias: listado de asistencia y archivos planos de actividad.</p>
16	<p>16. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>16.1 Actividad: No se presenta ya que perfil ambiental de equipos étnicos no realiza esta actividad.</p> <p>16.2 Evidencias: Ninguno</p>
17	<p>17. OBLIGACIÓN: 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).</p> <p>17.1 Actividad: Participé en el comité de fortalecimientos de equipos étnicos que se están programando mensualmente con los kilombos de las diferentes localidades de la subred co, en el que participan todos los perfiles de los kilombos.</p> <p>17.2 Evidencias: Actas y formatos de asistencias que dan cuenta la participación de la asistencia a los comités de fortalecimiento étnicos, también realizados por la subredco y SDS.</p>
18	<p>18.1 Actividad: Se diligenciaron formatos de plan de cuidado familiar más bienestar según cada una de las visitas realizadas en el mes de abril.</p> <p>18.2 Cargue al aplicativo GTAPS los formatos físicos diligenciados.</p> <p>18.3 Evidencias: Realice entrega de planillas de seguimientos y cierres a líder operativo y técnico administrativo para su revisión, archivos planos para el cumplimiento de los productos.</p>

19	19. OBLIGACIÓN: 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 Actividad: No se notificaron eventos en salud pública ya que no se identificaron riesgos en salud. 19.2 Evidencias: No se hicieron notificaciones para esta obligación durante la ejecución.
20	20. OBLIGACIÓN: 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 Actividad: Se realizó el cumplimiento de todas obligaciones establecidas en el contrato. 20.2 Actividad: para el cumplimiento de esta obligación se realizaron acciones como plan de cuidado familiar, Apechonerías, iniciativa ambiental y técnicas de curaciones en el mes en curso. 20.3 Evidencias: Formatos de plan de cuidado familiar, registro en el aplicativo, listados de asistencias y actas.

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° 6012180217	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/04/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/16	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/16	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 ningún 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



ALDENSON MURILLO HINESTROZA

PS_7359_2025_1312AF

ALDENSON MURILLO HINESTROZA

CC: 1077426395

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS_7359_2025_1312AF

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_7359_2025_1312AF

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO