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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO**			**CC:**	**1013638657**
CORREO ELECTRÓNICO:	**K.LLANOSSUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123035909**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35B SUR 3A -42-1**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009770200161**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7405 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO
PS_7405_2025_F103D4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO
CC: 1013638657
CEL: 3123035909

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			
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO			
	CON C.C N°	**1.013.638.657**	
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 7405 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 36.390.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	Obligación 1: PRESTE LOS 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: Realicé las actividades propias de ruteo, agendamiento de citas y seguimiento familiar en los tiempos establecidos, con calidad y oportunidad 1.2 Productos (evidencias): Descargue de plano GTAPS donde se evidencia fecha de la ejecución de cada actividad, su oportunidad y calidad de entrega
2	Obligación 2: PRESENTE 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: Realicé cronograma mensual de actividades a desarrollar, además entregué el informe de actividades desarrolladas en concordancia con la ejecución de actividades. 2.2 Productos (evidencias): Formato de cronograma mensual diligenciado en su totalidad, informe entregado finalizado el mes.
3	Obligación 3: APOYE 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 Actividades desarrolladas: Realice las actividades contractuales de acuerdo con el lineamiento técnico del convenio vigente suscrito entre la secretaria y la Subred. Presenté la información y soportes solicitados. 3.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTPAS entregados en digital donde se evidencia la prestación de servicios en el convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.
4	Obligación 4: 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 HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Apoyé las actividades descritas en el objeto del contrato para el mejoramiento de la calidad y las definidas en los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación, mediante la asistencia a fortalecimientos técnicos y operativos. 4.2 Productos (evidencias): Formato de firmas de actas de fortalecimientos técnicos y operativos.
5	OBLIGACIÓN 5. REALIZE 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: PRESENTÉ PRODUCTO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO PLASMANDO LOS DATOS REQUERIDOS PARA LA MISMA. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE BRINDÓ RESPUESTA EN LA PLATAFORMA GITAP SOBRE LOS USUARIOS ABORDADOS EN LA BASE DE RUTEO PRIORIZADOS PARA SU RESPECTIVA INTERVENCIÓN DE GESTANTES, SALUD MENTAL Y CRÓNICOS DEL MES DE JUNIO.
6	OBLIGACIÓN 6. DESARROLLE PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GESTIONÉ ACTIVACIÓN DE RUTA CON LA EPS SEGÚN CASO Y NECESIDAD IDENTIFICADA EN TERRITORIO POR CADA USUARIO PRIORIZADOS PARA SU VISITA. 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DIRECCIONÉ A LOS USARIOS IDENTIFICADOS SIN TRATAMIENTOS O NO ADHERENTES O SEGÚN CRITERIO DE SALUD EVIDENCIADO PARA SU INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA.
	OBLIGACIÓN 7. REALIZE 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 EQUIPOS BÁSICOS

7	EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICÉ LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA COMO PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO CADA USUARIO SUS DATOS PERTINENTES Y GARANTIZANDO SU CALIDAD PARA SU ENTREGA. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE VERIFICÓ CADA USUARIO EN ADRES PARA CONFIRMAR DATOS Y RECEPCIONAR INFORMACIÓN EN LA PLANILLA DE FIRMAS CON CALIDAD PARA GARANTIZAR VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS EN LAS VISITAS DEL RUTEO DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO.
8	OBLIGACIÓN 8. PARTICIPE Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ME DESPLACÉ AL TERRITORIO ASIGNADO DE SANTA INES SUR, CORDOBA Y MONTE BELLO ZONA CATASTRAL 1357 Y 1303 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL, PARA DAR RESPUESTA A LOS MAPAS CORRESPONDIENTE SEGÚN UBICACIÓN DADA EN LA BASE DE RUTEO Y GARANTICÉ LA INTERVENCIÓN DE CADA FAMILIA SEGÚN SUS NECESIDADES EN SALUD. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): VERIFIQUÉ CADA USUARIO EN EL APLICATIVO DE GITAP ANTES DE REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN PARA GARANTIZAR EL ABORDAJE EFECTIVO, SE INDAGÓ POR EL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS CENTROS DE SALUD PARA SUS TRATAMIENTOS, CONTROLES Y CHEQUEOS RUTINARIOS SEGÚN EL CASO, DE IGUAL MODO, SENSIBILICÉ EN LA IMPORTANCIA Y OBJETIVO DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR SALUD EN TU HOGAR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
9	OBLIGACION 9 :DESARROLLADAS: CARACTERICÉ USUARIOS IDENTIFICANDO RIESGOS DE SALUD POR CADA INDIVIDUO Y SE DÍO RESPUESTA DE MANERA OPORTUNO SEGÚN SU NECESIDAD EN EL APLICATIVO GITAP ON SU RESOECTIVA DERIVACIÓN. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PROCEDÍ A LAS RESPECTIVA ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS POR CADA USUARIO CARACTERIZADO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO Y SUS NECESIDADES INDIVIDUALES PARA DAR RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA SEGÚN CRITERIO DE SALUD IDENTIFICADO EN CADA VISITA DEL MES DE JUNIO.
10	OBLIGACIÓN 10. PARTICIPE EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS 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 EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ GESTIÓN DE PREAUDITORIA EN EL MES CORRESPONDIENTE A JUNIO VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS, ASIMISMO, PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES DE FORTALECIMIENTOS SEGÚN PROGRAMACIÓN. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON LOS PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS DE CADA USUARIO REGISTRADO EN GITAP DEL MES DE JUNIO.
11	OBLIGACIÓN 11. ORGANIZE EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: RECEPCIONÉ INFORMACIÓN DE CADA USUARIO CARACTERIZADO EN FORMATO DE PLANILLAS DE FIRMAS PARA REALIZAR SU ENTREGA CON CALIDAD Y PORTUNIDAD. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ENTREGA DE FORMATOS DE PLANILLA DE FIRMAS DE CADA USARIO CARACTERIZADO EN LA BASE DE RUTEO DEL MES DE JUNIO.
12	OBLIGACIÓN 12. REALIZE LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES, CAPACITACIONES Y APOYO EN LOS DIFERENTES REQUERIMIENTOS PROGRAMADOS POR LOS LÍDERES. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ASISTÍ A LA PROGRAMACIÓN DE CADA LÍDER PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL PROGRAMA CON LOS TÉCNICOS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE LOS DATOS RIGISTRADOS EN GITAP Y RESPUESTA A LA BASE DE RUTEO DE LAS DIFERENTES COHORTES DEL MES DE JUNIO.
13	OBLIGACIÓN 13. REALIZE 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 DESARROLLADAS: SUBÍ LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICATIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRSPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN SU CRITERIO DE EDAD Y ESTADO DE SALUD. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARACTERICÉ CADA FAMILIA EN SU HOGAR REALIZANDO CONCIENTIZACIÓN EN SALUD Y EN LA IMPORTNCIA DE FOMENTAR LOS BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE. DE IGUAL MODO, LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LA SALUD MENTAL PARA MINIMIZAR RIESGOS DE ENFERMEDAD A NIVIEL FÍSICO, SISTEMÁTICO Y EMOCIONAL. SE TOMÓ LOS SIGNOS VITALES, COMO LA TENSIÓN ARTERIAL, PESO, TALLA, OXIMETRÍA, PERIMETRO ABDOMINAL Y CLUCOMETRÍA SEGÚN REQUERIMIENTO, TAMBIÉN APLICANDO CADA TAMIZAJE Y VERIFICANDO CARNÉ DE VACUNAS EN MENORES AL IGUAL DE CRECIMIENTO Y DERRALLO.
14	OBLIGACIÓN 14. DILIGENCIE 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 DESARROLLADAS: SUBÍ LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICADIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN EL CRITERIO DE EDAD Y ESTADO DE SALUD DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE SUBÍO CADA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA A LA PLATAFORMA DE GITAP, VERIFICANDO LA INFORMACIÓN BRINDADA POR EL USARIO PARA GARANTIZAR DATOS DE CALIDAD Y VERACIDAD POR CADA PERSONA Y FAMILIAS ABORDADAS EN EL TERRITORIO SEGÚN BASE DE RUTEO PRIORIDADES DEL MES DE JUNIO.
	OBLIGACIÓN 15. PRESENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ COMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DAR RESPUESTA OPORTUNA EN LA GESTIÓN TERRITORIAL LLEVANDO DIARIAMENTE LOS INSUMOS CORRESPONDIETES PARA UNA INTERVENCIÓN CON CALIDAD. 15.2 PRODUCTOS

15	(EVIDENCIAS): REALICÉ LLAMADAS, AGENDAMIENTO Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE RUTEO ASIGNADA PARA SU CORRESPONDIENTE IDENTIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES Y GARANTIZAR LA ATENCÓN EN SALUD EN LOS DIFERENTES HOGARES INDENTIFICADOS DE LA BASE DE RUTEO.
16	OBLIGACIÓN 16. PRESENTE 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 DESARROLLADAS: PRESENTÉ PRODUCTO DE LA GESTIÓN REALIZADA CON LOS USUARIOS Y CANTIDAD POBLACIONAL POR CADA SECTOR CATASTRAL Y SUS MANZANAS CORRESPONDIENTES SEGÚN BASE DE RUTEO PARA DAR RESPUESTA A CADA PRIORIDAD ASIGNADA. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): BRINDÉ RESPUESTA A CADA PREDIO SEGÚN BASE DE RUTEO DE CADA MANZANA Y TERRITORIO ASIGNADO EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL.
17	OBLIGACIÓN 17. PARTICIPE 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 DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO CONVOCADO EN EL CUAL SE RECIBE RETROALIMENTACIÓN, AVANCES Y MEJORAS PARA GARANTIZAR UN CUMPLIMIENTO A CABALIDAD DEL PROGRAMA. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON LOS PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS SEGÚN BASE DE RUTEO ASIGNADO PARA EL MES DE JUNIO.
18	OBLIGACIÓN 18. REALIZE 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 DESARROLLADAS: REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN CADA CRACTERIZACIÓN EN EL FORMATO DE FIRMAS. 18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ENTREGA DE LOS FORMATOS DE FIRMAS CON LA RESPECTIVA INFORMACIÓN RECOLECTADA DE CADA USUARIO EN LA VISITA EN CAMPO SEGÚN LA BASE DE RUTEO.
19	OBLIGACIÓN 19. GESTIONE Y ACTIVE 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 DESARROLLADAS: REPORTÉ LOS AGENDAMIENTOS DE LOS USUARIOS IDENTIFICADOS DE ALTO RIESGO O QUE REQUIERAN UNA ATENCÓN DE MANERA PRIORITARIO SEGÚN NECESIDAD. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL SEGÚN CASO IDENTIFICADO EN SALUD POR CADA USUARIO TIPO 4 NO ADHETENTE O CON TAMIZAJES ALTO, ASIMISMO, ENVÍO DE CITAS O AUTORIZACIONES PENDIENTES PARA SU RESPECTIVA GESTIÓN Y AGENDANDO CITAS MÉDICAS EN TIEPO REAL SEGÚN EL CRITERIO QUE CORRESPONDA
20	OBLIGACIÓN 20. CUMPLI, 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 DESARROLLADAS: GARANTICÉ CUMPLIMIENTO CON LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS DE MANERA OPORTUNA DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR SEGÚN BASE DE RUTEO. 20.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DÍ CUMPLIMIENTO CON LA META ESTABECIDA REALIZANDO ENTREGA DE TODAS LAS PLANILLAS DE FIRMA RECEPCIONADAS DURANTE LA CARACTERIZACIÓN DE SALUD DEL MES DE JUNIO.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082026666	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	$ 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 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	*KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO* *PS_7405_2025_F103D4* **KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO** **CC: 1013638657**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7405_2025_F103D4* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7405_2025_F103D4* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**