

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR			CC:	1038099134
CORREO ELECTRÓNICO:	KAJOR1020@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3229155269
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 58C SUR 87 16			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04500018271
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7501 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 324.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR PS_7501_2025_63488F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR CC: 1038099134 CEL: 3229155269					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR

CON C.C N°1.038.099.134

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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7501 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/09

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$2.285.280No. HORAS EJECUTADAS20

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$32.255.280VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$324.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (10) MESES

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

ITEMII. 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)

- 1Obligación 1: PRESTAR SUS 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
- 2Obligación 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: No se realiza Cronograma ni se entrega informe2.2 Productos (evidencias): No se realiza cronograma ni se entrega informe.
- 3Obligación 3: APOYAR 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 secretaría y la Subred. Presenté la información y los 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.
- 4Obligación 4: 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. 4.1 Actividades desarrolladas: Apoyé las actividades descritas en el objeto del contrato para el mejoramiento de la calidad y las definidas en los planos 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 fortalecimiento técnicos y operativos.
- 5Obligación 5: REALIZAR 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: Realicé la apropiación conceptual, desde mi perfil como Gestora en salud, de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar suscrito entre la secretaría y la Subred. 5.2: Productos (evidencias): Acta de apropiación de lineamientos técnicos realizada y firmada personalmente.
- 6Obligación 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividades desarrolladas: Brinde asistencia técnica en los procesos del convenio Más Bienestar en tu Hogar, aplicando sus conocimientos disciplinarios y profesionales para apoyar los requerimientos y procesos transversales establecidos.6.2: Productos (evidencias): Actas de asistencia técnica donde se evidencia mi participación según saber disciplinar.
- Obligación 7: 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 7.1 Actividades desarrolladas: Revise, organice y entregue con calidad los formatos, documentos, bases e informes derivados de las intervenciones realizadas, garantizando el cumplimiento de los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar en su Hogar.7.2 Productos (evidencias): Descarga plano GTAPS donde se evidencian

7	actividades ejecutadas, además de actas de asistencia a fortalecimiento técnicos y acta de apropiación territorial.
8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas: Coordiné y participé en reuniones o jornadas de acercamiento con la comunidad y las instituciones, promoviendo la articulación necesaria para el desarrollo efectivo de las acciones de cada proceso.8.2: Productos (evidencias): Actas de acercamiento comunitario e institucional
9	Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9. 1 Actividades desarrolladas: Identifiqué, activé y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones, conforme a los protocolos y rutas establecidas por la Subred y el convenio. 9.2 Productos (evidencias): Formatos de canalización enviados durante mis intervenciones.
10	Obligación 10: 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. 10.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé activamente en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, garantizando el cumplimiento de las actividades, metas y productos definidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar10.2: Productos (evidencias): Acta de asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud.
11	Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Clasifique el archivo y la documentación generada conforme a la normatividad vigente y la tabla de retención documental, asegurando su conservación y fácil acceso. 11.2 Productos (evidencias): Documentación entregada donde se evidencia su previa organización y oportunidad en la entrega.
12	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: Ejecuté las tareas adicionales que solicitan la supervisión, siempre que estén relacionadas con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de sus objetivos. 12.2 Productos (evidencias): Entrega y firma de actas de participación en las obligaciones requeridas por la supervisión.
13	Obligación 13: 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. 13.1 Actividades desarrolladas: Ejecute la caracterización sociodemográfica completa de la población, aplicando los tamizajes establecidos (APGAR, medidas antropométricas, FINDRISC, EPOC y planilla de firmas) con calidad, veracidad y conforme a los lineamientos técnicos y normativos vigentes.13.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTAPS donde se evidencian la realización de los tamizajes correspondientes.
14	Obligación 14: 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. 14.1 Actividades desarrolladas: Diligencié la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas posteriores a cada intervención, con calidad, veracidad y completitud. 14.2 Productos (evidencias): Descargue de aplicativo GTAPS donde se evidencia la fecha de carga de la información en concordancia con la fecha de la intervención
15	Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 Actividades desarrolladas: Realice el cronograma de actividades incluyendo mapas, base, matrices 15.2 Productos (evidencias): Formatos físicos de mapa, base, matriz y datos catastrales obtenidos en la apropiación territorial.
16	Obligación 16: 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. 16.1 Actividades desarrolladas: En el mes no se realizó el ejercicio de cartografía ya que e realizaron actividades en ruteo. 16.2 Productos (evidencias): Se ejecutaron actividades de ruteo.
17	Obligación 17: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DEL COMITÉ DE CUIDADO). 17.1 Actividades desarrolladas: Participé en el comité territorial junto con el equipo, realizando la revisión y análisis de la información disponible (cartografía, matrices, informes y conclusiones del Comité de Cuidado). 17.2 Productos (evidencias): Acta de comité territorial donde se evidencia mi participación en el espacio.
18	Obligación 18: REALIZAR 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 en los instrumentos establecidos para la captura de información con calidad, tales como planillas de familias con consentimiento informado, atención inicial territorial y el aplicativo en línea definido por la SDS. 18.2: Productos (evidencias): Descargue plano aplicativo GTAPS, formatos de firmas de intervenciones y formatos físicos entregados.
19	Obligación 19: 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 Actividades desarrolladas: Active las rutas en el caso de los riesgos en salud identificados mediante agendamiento, formatos de notificación de eventos de interés en salud pública, según correspondiera. 19.2 Productos (evidencias): Descargue plano GTAPS y formatos de canalización donde se evidencia la gestión de riesgos en salud.
20	Obligación 20: 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 Actividades desarrolladas: Realicé las actividades según la solicitud y las necesidades generadas propias de mi trabajo en terreno. 20.2 Entregue los formatos y actas generadas en cada actividad realizada.

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° 77849916	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 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	 KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR PS_7501_2025_63488F KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR CC: 1038099134
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_7501_2025_63488F 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_7501_2025_63488F LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Señor(a): KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
No. Identificación: CC1038099134
Dirección: CLL58C SUR 87 10
Telefono: 3229155269
Correo: kajor1020@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 77849916

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1038099134	Periodo de Cotización Salud	abril de 2026
Número de planilla	77849916	Periodo de Cotización Pensión	abril de 2026
Fecha pago	2026-05-13	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	2220605	Total Pagado	542800
Banco	1083	Total Intereses de Mora	1000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42800	1
230301	Porvenir	280700	1
EPS008	Compensar EPS	219300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1038099134
APELLIDOS Y NOMBRES: KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR

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
EPS008	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK

Puntored no te cobra por esta
transacción

Pago de facturas Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-05-13
Hora	09:57:08
Punto de Venta	211921
Numero de aprobacion UPC	401645
Tipo de transaccion	Recaudo
ID	
Transaccion	1440404171
Puntored	
Codigo del Convenio	12191
Nombre del Convenio	MIPLANILLA.COM - COMPENSAR - 0344
Referencia del Pago	8377849916
Valor Pago	\$542,800

Línea de atención
personalizada en Bogotá:
601 3487881

Aquí también puede pagar su
tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco
Davibank

BANCO DAVIBANK VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA