

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000256442	MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA		Carrera 10 este # 29-28	2651227	nataliadsbred@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94337391	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$544.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	6	1.000	0	219.900	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	280.200		0	0	0	0	6	1.300	0	281.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700					42.700	6	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS																
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados				

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000256442	MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA		Carrera 10 este # 29-28	2651227	nataliadbsubred@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94337391	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$544.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud-pa	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000256442	DAVILA BOTIA MICHELL NATALIA	59	0			N														230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

567558276

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

14/08/2026

Número de aprobación

00558276

Dirección IP

45.238.182.6

Valor transacción

\$ 544.300,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

45.238.182.6

Referencia 2

CC

Referencia 3

1000256442

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA			CC:	1000256442
CORREO ELECTRÓNICO:	nataliadbm28@gmail.com			TELÉFONO:	3052896483
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 ESTE 29 28			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488452083188
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7645 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.915.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA PS_7645_2025_B2E1D0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA CC: 1000256442 CEL: 3052896483					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA

CON C.C N°1.000.256.442

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA 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 7645 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/14
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$2.517.120	No. HORAS EJECUTADAS	84
----------------------------	-------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$44.469.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$1.915.200
--	--------------	---	-------------

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: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES. 1.1Actividades desarrolladas: Ejecuté procesos de caracterización, seguimiento, alerta, canalización y educación sobre procesos de promoción y prevención especificas desde el área de terapia física para favorecer necesidades en salud de población con diversidad funcional y su entorno familiar. 1.2 Productos (evidencias): Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, archivo plano de signos y alertas, archivo plano de derivaciones; archivos planos de Plan de bienestar, Plano de los tamizajes y formularios de identificación de riesgos acorde a pertinencia y a lo establecido en cada estrategia (APGAR, Whodas, Zarit, Barthel), gestión adelantada frente a agendamiento de citas, usuarios tipo 4, derivaciones y canalizaciones generadas.
---	---

2	Obligación 2: CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO, COMO REFERENTE DE CIRUGÍA Y HOSPITALIZACION DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. 2.1Actividades desarrolladas: No realicé acciones frente a la obligación dado parámetros de gestión profesional . 2.2 Productos (evidencias): No se generan productos debido que no es acorde a función del perfil profesional (terapia).
---	--

3	Obligación 3: CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ORGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CODIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E. QUE TENGA RELACION CON LA EJECUCION DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. 3.1 Actividades desarrolladas: Tuve en cuenta el marco legal que rige el ejercicio profesional y que se encuentran debidamente estipuladas en la relación contractual, para ejercer cada una de las obligaciones correspondientes. 3.2 Productos (evidencias): Planilla de familias y consentimiento informado de las familias con las que se da inicio a los planes de cuidado familiar, formato de disentimiento de las familias que rechazan la intervención, archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso, archivo plano de caracterización social y ambiental, archivo plano de signos y alertas, archivos planos de Plan de bienestar y seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre.
---	---

4	Obligación 4: ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO IMPARTA LA SUBRED A TRAVES DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 4.1 Actividades desarrolladas: Implementé la escucha, comunicación asertiva, y seguimiento de instrucciones, necesario para el funcionamiento idóneo del equipo. Obedeciendo de manera pertinente el conducto regular. 4.2 Productos (evidencias): Respuestas efectivas de subsanación de hallazgos, PQRS y casos de atención inmediata, entregables del proceso se conciben como evidencias administrativas, técnicas y de gestión, archivos planos de plan de bienestar y seguimiento e implementación acorde a las prioridades de la familia.
---	--

5	Obligación 5: NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY CON EL FIN DE HACER U OMITIR ALGÚN HECHO. 5.1 Actividades desarrolladas: Mostré transparencia dentro cada uno de los procesos ejecutados, evadiendo la mala intención o acciones negativas de terceros que puedan afectar el proceso de ejercicio profesional. 5.2 Productos (evidencias): Archivos planos de caracterización social , ambiental y alertas, con registro de la evaluación y cierre de plan de bienestar, planilla de familias con planes de cuidado familiar, archivos planos de plan de bienestar y seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre, archivo Plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias.
---	--

6	Obligación 6: TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES Y LINEAMIENTOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 6.1 Actividades desarrolladas: Durante todo el proceso de mi ejercicio profesional fui receptiva frente a comentarios constructivos que permitieran mejorar los procesos de atención y construir un ambiente de crecimiento laboral. 6.2 Productos (evidencias): Apropiación de Línea técnica establecida, cumplimiento de obligaciones relacionadas en las políticas de la subred respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en sistema de gestión de calidad.
---	--

7	Obligación 7: GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TECNICA. 7.1 Actividades desarrolladas: Garantice la calidad en la prestación del servicio profesional, siendo los valores y principios el eje fundamental dentro de cada uno de los procesos ejecutados. 7.2 Productos (evidencias): implementación de tamizajes que permitieron la identificación de riesgos acorde a pertinencia y establecido en cada estrategia (APGAR, Whodas, Zarit, Barthel), gestión adelantada frente a agendamiento de citas usuarios tipo 4, notificación de eventos de interés de salud pública, plan de bienestar y seguimiento e implementación acorde a las prioridades de la familia.
8	Obligación 8. CUMPLIR CON LAS GUÍAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS IMPLEMENTADOS POR LA SUBRED Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. 8.1 Actividades desarrolladas: Realice correcta apropiación conceptual de cada guía técnica, protocolo y proceso de atención que fue necesario para garantizar calidad en el servicio profesional. 8.2 Productos (evidencias): Acta de apropiación conceptual de lineamiento conforme convenio vigente, Relación teórica y práctica en campo de acuerdo con línea técnica, archivo plano de derivaciones, archivos planos de plan de bienestar y seguimiento e implementación acorde a las prioridades de la familia.
9	Obligación 9: REALIZAR LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE LA SUBRED RESPECTO AL PROCESO DE ACREDITACIÓN, HABILITACIÓN Y CERTIFICACIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. 9.1 Actividades desarrolladas: Cumplí de manera idónea con las exigencias en acreditación, certificación o aval que permitieron garantizar la calidad en los procesos de atención. 9.2 Productos (evidencias): Formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención, archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso, archivo plano de caracterización social y ambiental, tamizajes y formularios de identificación de riesgos acorde a pertinencia y a lo establecido en cada estrategia (APGAR, Whodas, Zarit, Barthel).
10	Obligación 10: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y MAGNÉTICOS QUE SE HUBIEREN GENERADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 10.1 Actividades desarrolladas: Entregué de manera oportuna y cumpliendo con los criterios de calidad cada uno de los formatos físicos (planillas de seguimiento, disentimiento, actas) que constataron la correcta ejecución del proceso de atención en campo. 10.2 Productos (evidencias): Planilla de familias con planes de cuidado familiar, formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención, archivos planos de Plan de bienestar y seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre, archivo plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias.
11	Obligación 11: EL CONTRATISTA SERÁ RESPONSABLE ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES POR LAS ACCIONES U OMISIONES EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLEN EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CON ELLOS CAUSEN PERJUICIO A LA SUBRED O A TERCEROS. 11.1 Actividades desarrolladas: Evité consecuencias negativas ante las autoridades competentes por falta de apropiación conceptual, desconocimiento de procesos, atención inoportuna u omisión de los deberes dentro del ejercicio profesional. 11.2 Productos (evidencias): Calidad en presentación de formatos de planilla de familias con planes de cuidado familiar, formato de disentimiento de las familias que rechazan la intervención, archivos planos o nota de seguimiento en aplicativo gtapps (plan de bienestar y seguimiento e implementación).
12	Obligación 12: REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 - 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRÁMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 12.1 Actividades desarrolladas: Cumplí de manera oportuna con el pago de prestaciones sociales (EPS, ARL, AFP), dentro de los tiempos y valores adecuados, como requerimiento dadas las características del contrato. 12.2 Productos (evidencias): Planillas de pago oportuno correspondiente al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales (Voucher Bancario, Planilla con sello de pago).
13	Obligación 13: DESARROLLAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 13.1 Actividades desarrolladas: Ejecuté el plan de cuidado familiar acorde a la ficha técnica y asertividad en la lectura de necesidades, evidenciando la dinámica particular de cada hogar y beneficiando a población vulnerable. 13.2 Productos (evidencias): Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, archivo plano de signos y alertas, archivo plano de derivaciones; archivos planos de Plan de bienestar, archivo Plano de los tamizajes y formularios de identificación de riesgos acorde a pertinencia y a lo establecido en cada estrategia (APGAR, Whodas, Zarit, Barthel), archivo plano con gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas, usuarios tipo 4, derivaciones y canalizaciones generadas.
14	Obligación 14: REALIZAR LA PLANILLA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN. 14.1 Actividades desarrolladas: Durante cada uno de los procesos de atención tuve en cuenta la ruta y diligenciamiento de formato correspondiente para cada caso particular: disentimiento, planilla de sesiones, actas, entre otras. Facilitando el proceso de organización y comprensión de la necesidad familiar. 14.2 Productos (evidencias): Planilla de familias con planes de cuidado familiar, formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención, archivos planos de Plan de bienestar y seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre, archivo plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias.
15	Obligación 15: VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 15.1 Actividades desarrolladas: Mostré la trazabilidad de los casos que se encontraban bajo mi gestión, a través de la descripción minuciosa del proceso en cada una de las notas de seguimiento, hasta el cierre. Así como la verificación en el archivo plano de ruteo. 15.2 Productos (evidencias): archivos planos de Plan de bienestar y seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre, archivo plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias, archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso.
16	Obligación 16: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL) SEGÚN APLIQUE. 16.1 Actividades desarrolladas: Realicé la correcta aplicación de los tamizajes y escalas según pertinencia, lo que permitió plasmar las necesidades familiares evidenciadas durante el primer acercamiento en el hogar. 16.2 Productos (evidencias): archivo Plano de los tamizajes y formularios de identificación de riesgos acorde a pertinencia y a lo establecido en cada estrategia (APGAR, Whodas, Zarit, Barthel).

17	Obligación 17: REALIZAR LAS CANALIZACIONES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 17.1 Actividades desarrolladas: Llevé a cabo el proceso de canalización según necesidades en salud evidenciadas en cada caso. Con el compromiso de mejorar procesos de seguimiento y respuesta ante las rutas activadas. 17. 2 Productos (evidencias): Archivo plano de aplicativo SIRC con las canalizaciones generadas, archivo plano de derivaciones, archivo plano con gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas, usuarios tipo 4.		
18	Obligación 18: REALIZAR NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 18.1 Actividades desarrolladas: Cumplí de manera satisfactoria con la responsabilidad como agente divulgador de información de interés o beneficio para las comunidades y/o hogares en las localidades asignadas. 18. 2 Productos (evidencias): Notificación de eventos de interés de salud pública, socialización de oferta intersectorial, líneas de atención, requerimientos según necesidad evidenciada.		
19	Obligación 19: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACION DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES MAS BIENESTAR. 19.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé de manera efectiva el proceso de ingreso de datos, cargué de sesiones en el aplicativo, cumpliendo criterios de oportunidad en tiempos y calidad en la descripción del proceso. 19. 2 Productos (evidencias): Archivos planos o nota de seguimiento en aplicativo gtaps (plan de bienestar y seguimiento e implementación), que reflejen calidad en la gestión realizada.		
20	Obligación 20: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 Actividades desarrolladas: Obtuve respuesta positiva para cada una de las obligaciones/deberes profesionales pactados durante la creación y desarrollo del convenio más bienestar. 20. 2 Productos (evidencias): Gestion de procesos de caracterización, diligenciamiento de signos y alertas, plan de bienestar, tamizajes y formularios de identificación de riesgos acorde a pertinencia y lo establecido en cada estrategia (APGAR, Whodas, Zarit, Barthel), seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre, archivo plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias.		
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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 93462857	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/14	\$ 220.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/14	\$ 282.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/14	\$ 43.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.000
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



MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA
PS_7645_2025_B2E1D0

MICHELL NATALIA DAVILA BOTIA
CC: 1000256442

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
PS_7645_2025_B2E1D0

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_7645_2025_B2E1D0

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO