compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010229618	KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA	Cra 5a 1 20	3202699343	Quintero.kelly@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94337415	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$511.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	222.300	0		0		0	12	2.100	0	224.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
230301	Porvenir	800224808-8	284.600	0	0	0	0	12	2.600	0	287.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	0				0	12	0	0			0	0	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	222.300	224.400
Pensión	1	284.600	287.200
Riesgos Laborales	1	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	506.900	511.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010229618	KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA	Cra 5a 1 20	3202699343	Quintero.kelly@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94337415	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$511.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1010229618	QUINTERO VILLALBA KELLY DAYHANA	59	0			N									X								230301	1.778.400	30	284.600	0	0	0	0	EPS005	1.778.400	30	222.300	14-11	1.778.400	30	3	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA**			**CC:**	**1010229618**
CORREO ELECTRÓNICO:	**QUINTERO.KELLY@OUTLOOK.COM**			**TELÉFONO:**	**3202699343**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 A 1 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91231181186**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3738 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.869.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA
PS_3738_2026_C166B8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA
CC: 1010229618
CEL: 3202699343

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			
KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA			
	CON C.C N°	**1.010.229.618**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO 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 EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3738 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.801.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**82**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.801.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.869.600
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		

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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 Actividades realizadas: Asistí a todas reuniones , comités de área y jornadas de fortalecimiento lideradas por las dinamizadoras, fortalecimiento de cambio de plataforma, orientadas a la articulación de acciones, el seguimiento de los procesos institucionales y el fortalecimiento de mis competencias técnicas y metodológicas para el adecuado desarrollo de las actividades. 1.2 Productos (evidencias): Formatos y listas de asistencia
2	Obligación 2. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.2 Actividades realizadas: Fortalecí los conocimientos necesarios para la correcta implementación de las actividades en campo y en la plataforma gtaps, garantizando el cumplimiento de los procedimientos, protocolos y directrices establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 2.2 Productos (evidencias): Formatos y listas de asistencia
3	Obligación 3. 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 Actividades realizadas: no he finalizado el contrato laboral con el convenio más bienestar en tu hogar.
4	Obligación 4. 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 TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 Actividades realizadas: Realicé oportunamente el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la normatividad vigente y las obligaciones contractuales establecidas. Asimismo, mantuve disponibles los soportes correspondientes para su verificación y cumplimiento de los requisitos exigidos por la entidad contratante. 4.2 Productos (evidencias): Se adjunta el certificado de la planilla de pago, junto con el respectivo comprobante (voucher), como soporte del cumplimiento de esta obligación.
5	Obligación 5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 Actividades realizadas: efectué , 25 seguimientos, 23 atenciones telefónicas y realice la implementación de los planes de bienestar correspondientes, en el marco de las visitas efectivas que realicé. Estas intervenciones las desarrollé conforme a los lineamientos técnicos establecidos, priorizando la atención de los eventos identificados y brindando respuesta oportuna a las necesidades de la población asignada, de acuerdo con los criterios técnicos y metodológicos definidos. 5.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS, Planillas Plan de Bienestar abordaje
	Obligación 6. REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 Actividades realizadas: Llevé a cabo 25 seguimientos y 23 atenciones telefónicas. Adicionalmente, diligencié la planilla de seguimiento correspondiente a las familias con las que di inicio a los planes de bienestar. Asimismo, realicé la validación del archivo plano de ruteo, con el propósito de garantizar el registro adecuado de las gestiones

6	efectuadas y la trazabilidad del estado final de cada caso, en cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos. 6.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS y planillas firmadas por cada familia.
7	Obligación 7. REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 Actividades realizadas: Efectué los cierres de casos, en los cuales apliqué los tamizajes definidos en los lineamientos técnicos, de acuerdo con la edad de los participantes y los eventos priorizados, garantizando el cumplimiento de los criterios establecidos. 7.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS y planillas firmadas por cada familia.
8	Obligación 8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Actividades realizadas: no efectué notificaciones sivim, sisvescos y canalizaciones debido a que no se encontraron casos que requirieran de tal activación.
9	Obligación 9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 Actividades realizadas: hice el agendamiento en tiempo real de los usuarios en la unidad resolutiva más cercana, conforme a los lineamientos técnicos vigentes. Esta gestión permitió asegurar la oportunidad en la atención y la adecuada orientación de los usuarios hacia los servicios requeridos, se garantizó la continuidad del proceso de atención y el cumplimiento de los criterios establecidos. 9.2 Productos (evidencias): agendamientos registrados en el aplicativo GTAPS
10	Obligación 10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 Actividades realizadas: no tuve que Efectuar la notificación de eventos de interés en salud pública identificados en las familias intervenidas.
11	Obligación 11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 Actividades realizadas: Efectué el registro en el aplicativo GTAPS de la información relacionada con las familias visitadas en el marco del convenio, asegurando la calidad, veracidad y oportunidad de los datos ingresados. Esta actividad la desarrollé conforme a los lineamientos técnicos establecidos, garantizando la actualización oportuna de la información y el respaldo de las intervenciones realizadas. 11.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS.
12	Obligación 12. 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 Actividades realizadas: Participé en actividades de fortalecimiento lideradas la líder área así mismo, a la capacitación realizada para adquirí los conocimientos de la nueva plataforma GTAPS 2.0 12.2 Productos (evidencias): Listado de asistencia
13	Obligación 13. CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO CON LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 Actividades realizadas: Mantuve actualizado el archivo Drive, denominado CASOS ASIGNADOS POR PROFESIONAL_EMBH_V1, con el fin de asegurar la trazabilidad, el seguimiento y el control de los casos asignados. Esta gestión me permitió facilitar la verificación de la efectividad de las intervenciones realizadas, en concordancia con los lineamientos establecidos y los criterios de gestión definidos. 13.2 Productos (evidencias): Archivo Excel CASOS ASIGNADOS POR PROFESIONAL_EMBH_V1
14	Obligación 14. 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 INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Actividades realizadas: Realicé la revisión y actualización permanente de los formatos de captura, registros y bases de datos derivados de las intervenciones ejecutadas. De igual forma, mantuve actualizado el aplicativo GTAPS con los casos asignados, así como la base de datos compartida en Drive denominada CASOS ASIGNADOS POR PROFESIONAL_EMBH_V1, con el fin de garantizar la trazabilidad, el seguimiento y la oportuna gestión de los casos intervenidos, en cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos. 14.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS y Drive de Excel CASOS ASIGNADOS POR PROFESIONAL_EMBH_V1
15	15 Obligación 15. 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. 15.1 Actividades realizadas: Efectué el cargue de la planilla de pago y la cuenta de cobro en la plataforma SIGCO, de acuerdo con la habilitación y los lineamientos establecidos. Esta actividad me permitió garantizar el adecuado registro de la información requerida para el trámite correspondiente. 15.2 Productos (evidencias): Aplicativo SIGCO y certificado de Planilla de seguridad
16	Obligación 16. DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 Actividades realizadas: he dado cumplimiento al acuerdo de confidencialidad y manejo seguro de datos-Aplicativo GTAPS con el fin de garantice la veracidad, confidencialidad y seguridad de la información suministrada por los usuarios asignados a mi. 16.2 Productos (evidencias): Acuerdo de confidencialidad firmado y entregado a técnico Área de Gestión 3.
17	Obligación 17. 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 Actividades realizadas: no se ejecutaron notificaciones relacionadas con algún tipo de violencia sexual, genero, intrafamiliar, trabajo infantil.
18	Obligación 18. 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. 18.1 Actividades realizadas: Llevé a cabo la apropiación de las medidas orientadas a la prevención, identificación, atención y denuncia del hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres, mediante la revisión y aplicación de los lineamientos institucionales vigentes. De igual forma, durante la ejecución de las actividades del convenio, promoví el respeto por los derechos, la equidad y la no discriminación, garantizando la activación de las rutas de atención y notificación en los casos que lo requirieron. 18.2 Productos (evidencias): Listados de asistencia

19	Obligación 19. 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. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 19.1 Actividades realizadas: Di cumplimiento, de acuerdo con mi perfil de psicóloga y las responsabilidades asignadas, a las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio Más Bienestar vigente, suscrito a la Subred, así como a los lineamientos técnicos y operativos derivados del mismo. De igual forma, ejecuté las actividades contempladas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato, garantizando el adecuado desarrollo de las intervenciones y funciones propias de mi ejercicio profesional. 19.2 Productos (evidencias): Listados de asistencia, Aplicativo GTAPS.

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° 93497480	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/15	$ 222.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/15	$ 284.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/15	$ 37.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.700

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	*KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA* *PS_3738_2026_C166B8* **KELLY DAYHANA QUINTERO VILLALBA** **CC: 1010229618**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3738_2026_C166B8* **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_3738_2026_C166B8* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**