compensar I miplanilla.com PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53097394	KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR	calle 35a numero 73f 30 sur	1234567	vivisbrand@gmail.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
		94261685	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SAL JD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora upc	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
E ps037	Nueva EPS	900156264-2	218.900									218.900	

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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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

I miplanilla.com PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53097394	KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR		calle 35a numero 73f 30 sur	1234567	vivisbrand@gmail.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
		94261685	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIÓN**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL NÓMINA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

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	Exonerado	ING	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 53097394	BRAND SALAZAR KAREN VIVIANA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Karen Viviana Brand Salazar!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 541.800,00
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 12/08/2026
CUS: 560620087

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

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 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:	**KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR**			**CC:**	**53097394**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VIVIANA.BRAND2111@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112826357**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78P 54 00 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007590343773**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	**PS 7671 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 3.648.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**		

KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR

PS_7671_2025_DC68F5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR

CC: 53097394

CEL: 3112826357

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 VIVIANA BRAND SALAZAR				
		CON C.C N°	**53.097.394**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL 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 7671 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.377.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**160**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.329.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.648.000	
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. PRESTAR MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO CON PROFESIONALISMO Y EFICIENCIA. CUMPLÍ CON LOS PLAZOS Y FECHAS ESTABLECIDAS PARA CADA ACTIVIDAD, GARANTIZANDO LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. IMPLEMENTÉ LA CARACTERIZACIÓN Y EL PLAN DE BIENESTAR ENFOCADOS EN LA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DENTRO DEL TERRITORIO ASIGNADO POR EL EQUIPO BÁSICO EXTRAMURAL. 1.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ALCANCÉ EL 100 % DE VALIDACIÓN DEL CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y DE LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS.
2	OBLIGACIÓN 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR Y, AL FINALIZAR EL MES, ENTREGAR EL INFORME DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ELABORÉ Y PRESENTÉ MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, ASEGURÁNDOME DE QUE EL INFORME DE GESTIÓN FUERA COMPLETO, PRECISO Y OPORTUNO. 2.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ DENTRO DE LAS FECHAS ESTIPULADAS LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS USUARIOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO.
3	OBLIGACIÓN 3. VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, VALIDANDO SU CALIDAD Y VERACIDAD. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: VERIFIQUÉ Y ENTREGUÉ LOS SOPORTES Y PRODUCTOS SOLICITADOS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, GARANTIZANDO SU CALIDAD Y VERACIDAD. 3.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS DE CADA USUARIO AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y OBTUVE EL 100 % DE VALIDACIÓN DEL CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y DE LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS.
	OBLIGACIÓN 4. DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD A NIVEL DISTRITAL. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

4	RESPONDÍ OPORTUNAMENTE A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, MANTENIENDO MI DISPONIBILIDAD Y EJECUTANDO LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA SU ADECUADA ATENCIÓN. 4.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ EL INFORME CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE MIS FUNCIONES.
	OBLIGACIÓN 5. PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

5	PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO. 5.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ LAS ACTAS Y LOS FORMATOS DE ASISTENCIA DEBIDAMENTE FIRMADOS.
6	OBLIGACIÓN 6. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES E INFORMES GENERADOS. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REVISÉ, PREPARÉ Y ENTREGUÉ CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS GENERADOS. VERIFIQUÉ QUE LA INFORMACIÓN FUERA COMPLETA Y PRECISA, DILIGENCIÉ LOS FORMATOS DE SEGUIMIENTO Y REGISTRÉ LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE DE CADA USUARIO ATENDIDO. 6.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y OBTUVE EL 100 % DE VALIDACIÓN DEL CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y DE LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS.
7	OBLIGACIÓN 7. VERIFICAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS DURANTE LAS INTERVENCIONES. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: IDENTIFIQUÉ, ACTIVÉ Y NOTIFIQUÉ OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS DURANTE MIS INTERVENCIONES. ASIMISMO, REALICÉ LA NOTIFICACIÓN A LOS SUBSISTEMAS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE. 7.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: REALICÉ EL REPORTE DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN POR LOS CANALES ESTABLECIDOS.
8	OBLIGACIÓN 8. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ DE MANERA OPORTUNA Y RESPONSABLE EN LAS REUNIONES Y ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS DURANTE EL PERÍODO. 8.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ASISTÍ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, CUMPLIENDO EL HORARIO ESTABLECIDO Y REGISTRANDO MI ASISTENCIA MEDIANTE FIRMA.
9	OBLIGACIÓN 9. APOYAR LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DOCUMENTAL CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICÉ EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA CONFORME A LA NORMATIVIDAD Y A LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, GARANTIZANDO SU ADECUADA ORGANIZACIÓN Y FÁCIL ACCESO. 9.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES DE CADA USUARIO AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO.
10	OBLIGACIÓN 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE FUERON REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CUMPLÍ LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO, ATENDIENDO OPORTUNAMENTE LAS SOLICITUDES Y REQUERIMIENTOS DE LA SUPERVISIÓN. 12.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ LOS FORMATOS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y OBTUVE EL 100 % DE VALIDACIÓN DEL CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y DE LA DESCARGA DEL APLICATIVO GTAPS.
11	OBLIGACIÓN 13. ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS A AUDITORÍA. 13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DILIGENCIÉ LA INFORMACIÓN DE LAS ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y EN EL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE USUARIOS, GARANTIZANDO QUE LA INFORMACIÓN FUERA COMPLETA, VERAZ Y PRECISA. 13.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ALCANCÉ EL 100 % DE VALIDACIÓN DEL CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y DE LA DESCARGA DE LOS ARCHIVOS PLANOS DEL APLICATIVO GTAPS.

12	OBLIGACIÓN 14. REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LA REVISIÓN, PREPARACIÓN Y ENTREGA CON CALIDAD DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES DE DATOS E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO. 14.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ LAS ACTAS DE ASISTENCIA CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES ADICIONALES REALIZADAS DENTRO DEL MARCO DEL CONVENIO.
	OBLIGACIÓN 15. SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SUPERVISÉ Y ASEGURÉ EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS DENTRO DEL CONVENIO. 15.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ LA DOCUMENTACIÓN EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO, CON SU RESPECTIVA

13	REVISIÓN Y VALIDACIÓN EN EL APLICATIVO GTAPS.
14	OBLIGACIÓN 16. ASISTIR A LAS REUNIONES Y COMITÉS CONVOCADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y EL CONVENIO. 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ DE MANERA OPORTUNA Y RESPONSABLE EN LAS REUNIONES Y ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS DURANTE EL PERÍODO. 16.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ASISTÍ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, CUMPLIENDO EL HORARIO ESTABLECIDO Y REGISTRANDO MI ASISTENCIA MEDIANTE FIRMA.
15	OBLIGACIÓN 17. PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DESARROLLÉ PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES COMPONENTES DEL CONVENIO, APORTÉ CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PARA FORTALECER LOS PROCESOS TRANSVERSALES E IMPLEMENTÉ PLANES DE BIENESTAR DIRIGIDOS AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO. 17.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ASISTÍ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, CUMPLIENDO EL HORARIO ESTABLECIDO Y REGISTRANDO MI ASISTENCIA MEDIANTE FIRMA.
16	OBLIGACIÓN 18. REALIZAR ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO. 18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y LOS ACOMPAÑAMIENTOS CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS ESTABLECIDOS. 18.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: VERIFIQUÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A MI CARGO Y CERTIFIQUÉ LAS HORAS MENSUALES CORRESPONDIENTES.
17	OBLIGACIÓN 19. REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REVISÉ Y PREPARÉ LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS GENERADOS, LOS ENTREGUÉ CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, VERIFIQUÉ QUE LA INFORMACIÓN FUERA COMPLETA Y PRECISA Y DILIGENCIÉ LOS FORMATOS DE SEGUIMIENTO Y LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES DE CADA USUARIO ATENDIDO. 19.2 PRODUCTOS/EVIDENCIAS: ENTREGUÉ OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS AL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y OBTUVE EL 100 % DE VALIDACIÓN DEL CABEZOTE DEL ENLACE DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES Y DE LA DESCARGA DEL 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° 93396595	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 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 VIVIANA BRAND SALAZAR* *PS_7671_2025_DC68F5* **KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR** **CC: 53097394**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7671_2025_DC68F5* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*PS_7671_2025_DC68F5* _____ **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**