

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                  |         |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------|------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |            |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                  |         |            |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                              | ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO |                                                  |         | CC:        | 52360561   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                               | ASTRIDALCALA@GMAIL.COM          |                                                  |         | TELÉFONO:  | 3227036126 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                              | DIAGONAL 49F BIS SUR N° 6 - 51  |                                                  |         | CIUDAD:    | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DE BOGOTA                 | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA: | 171257082  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |            |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | PS 7369 2025                    | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 550.800 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                          | 2025/10/07                      | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/08/31 |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                          | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31    |                                                  |         |            |            |
| <div><div>ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO<br/>PS_7369_2025_FC3362</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO<br/>CC: 52360561<br/>CEL: 3227036126</div> |                                 |                                                  |         |            |            |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO

CON C.C N° 52.360.561

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 7369 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/10/07 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 2.484.000    | No. HORAS EJECUTADAS                      | 34         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 39.876.300   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 550.800 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | ONCE (11) 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 1. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Ejecuté de manera oportuna las intervenciones del plan de cuidado extramural asignadas a la población objeto, adhiriéndome estrictamente a los estándares de calidad exigidos dentro del convenio. 1.2. Soporte: Registré las atenciones efectuadas en la plataforma oficial, diligencié los formatos establecidos y bases de datos.                                                                                                              |
| 2    | 2. OBLIGACIÓN: 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.<br>2.1. Actividad desarrollada: No realicé ni presenté el cronograma de actividades planeadas para este mes, ya que no aplicó para el periodo a certificar<br>2.2. Soporte: No entregué ni adjunté ninguna programación de actividades para el periodo certificado.                                                                                                                                                                              |
| 3    | 3. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Brindé soporte operativo en el despliegue de las intervenciones del equipo básico extramural, recopilando y entregando oportunamente los soportes documentales requeridos según las directrices técnicas del convenio. 3.2. Soporte: Compilé el repositorio de evidencias documentales y suscribí las actas de entrega de los soportes institucionales solicitados. |
| 4    | 4. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Participé activamente en la implementación de las acciones correctivas y preventivas definidas en el plan de mejoramiento, velando por el cumplimiento de los estándares de habilitación y la calidad en la atención domiciliaria. 4.2. Soporte: Apliqué las listas de chequeo de estándares de habilitación y firmé las actas de seguimiento del servicio.                           |
| 5    | 5. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Estudié e incorporé a la práctica diaria los lineamientos conceptuales y protocolos operativos vigentes del convenio para el perfil de Auxiliar de Enfermería, garantizando un abordaje técnico uniforme en territorio. 5.2. Soporte: se ejecuto apropiación de lineamientos en abordaje territorial en campo                                                                                                                                      |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | <p>6. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Recibí el acompañamiento y la transferencia de conocimiento en los componentes de mi competencia disciplinar, respondiendo a los requerimientos y necesidades de los procesos transversales del convenio. 6.2. Soporte: Informes de asistencia técnica y registré mi participación en las listas de asistencia a las jornadas de orientación.</p>                                                                                                                                                                                                                               |
| 7  | <p>7. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Efectué la depuración, verificación cualitativa y alistamiento de la totalidad de los formatos e instrumentos generados en las intervenciones de campo, asegurando su coherencia documental antes de su radicación. 7.2. Soporte: Verifiqué los formatos de campo recolectados y gestioné el acta de entrega física y digital del archivo documental de mi micro territorio.</p>                                                                                       |
| 8  | <p>8. OBLIGACIÓN: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1. Actividad desarrollada: Coordiné y ejecuté las acciones de articulación con los pacientes para facilitar el ingreso y posterior abordaje desde mi perfil. 8.2. Soporte: Capturé el registro fotográfico de los acercamientos y suscribí los formatos de captura de las visitas realizadas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 9  | <p>9. OBLIGACIÓN: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. Actividad desarrollada: Identifiqué durante el abordaje las patologías y condiciones de riesgo sujetas a vigilancia o tratamiento especial, procedí con la canalización formal según el protocolo de salud pública según el caso y según aplicara. 9.2. Soporte: No se presentaron eventos para reportar</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 10 | <p>10. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Asistí de a las jornadas de actualización técnica convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, adaptando las metodologías expuestas para el cumplimiento de las metas contractuales. 10.2. Soporte: Firmé los listados de asistencia oficial y registré los compromisos institucionales establecidos en las sesiones desarrolladas.</p>                                                                                                                                                                              |
| 11 | <p>11. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. Actividad desarrollada: Clasifiqué, organicé y entregué cronológicamente la documentación física y digital derivada de la gestión extramural, aplicando rigurosamente los criterios institucionales. 11.2. Soporte: Hice entrega del inventario documental institucional bajo las normas de la entidad.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 12 | <p>12. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1. Actividad desarrollada: Atendí con oportunidad los requerimientos y asignaciones extraordinarias ordenadas por el supervisor del contrato, alineadas con la naturaleza del perfil técnico de auxiliar de enfermería 12.2. Soporte: Recibí las instrucciones por los canales institucionales y registré el cumplimiento en los formatos específicos de la supervisión.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 13 | <p>13. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Ejecuté la caracterización sociodemográfica domiciliaria aplicando los instrumentos de tamizaje obligatorios (APGAR familiar, toma de tensión arterial, peso y talla, escalas FINDRISC y cuestionario EPOC), garantizando la firma del usuario, cuando aplicó. 13.2. Soporte: Diligencé en físico los instrumentos de tamizaje y recolecté la totalidad de las firmas en las planillas oficiales de soporte, cuando aplicó</p> |
|    | <p>14. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Digité en el aplicativo GTAPS la totalidad de los datos recolectados en terreno, cumpliendo rigurosamente con el estándar temporal de las primeras 24 horas posteriores a la intervención extramural. 14.2.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 14                                                                                                                                                                                                                                 | Soporte: Cargué exitosamente la información solicitada en la plataforma GTAPS, en los tiempos requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |        |
| 15                                                                                                                                                                                                                                 | 15. OBLIGACIÓN: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1. Actividad desarrollada: Durante el periodo a certificar no elaboré ni organicé los insumos geográficos, poblacionales y cartográficos, ya que no se requirieron, para mi perfil de auxiliar de enfermería. 15.2. Soporte: Dado que en el periodo a certificar no aplicó la solicitud, no estructuré los mapas base de los micro territorios definidos.                                                                                                                                                                                                              |           |        |
| 16                                                                                                                                                                                                                                 | 16. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: No elabore ejercicios de cartografía para el periodo a certificar ya que desde mi perfil esta actividad no de elabora 16.2. Soporte: Para el periodo a certificar desde mi perfil no realice el mapa de cartografía social sectorizado                                                                                                                                                                                                                                                      |           |        |
| 17                                                                                                                                                                                                                                 | 17. OBLIGACIÓN: PARTICIPAR 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. Actividad desarrollada: Intervine activamente en las sesiones del comité territorial aportando al análisis técnico de la cartografía, las matrices de datos y la formulación de las conclusiones del comité de cuidado. 17.2. Soporte: Firmé el acta formal del comité territorial, registré mi asistencia y validé los compromisos del equipo del micro territorio.                                                                                                                                                       |           |        |
| 18                                                                                                                                                                                                                                 | 18. OBLIGACIÓN: 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 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD). 18.1. Actividad desarrollada: Consolidé la información de las intervenciones iniciales en la planilla de familias, garantizando la obtención previa del consentimiento informado firmado cuando aplicó y el cargué en el aplicativo web institucional. 18.2. Soporte: Diligencié las planillas de abordaje territorial con las firmas de consentimiento informado e ingresé el historial de registros en la plataforma en línea. |           |        |
| 19                                                                                                                                                                                                                                 | 19. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Gestioné de forma inmediata las alertas tempranas de salud identificadas en el hogar, activando las rutas de atención sectoriales, tramitando agendas prioritarias cuando el caso así lo requirió. 19.2. Soporte: Tramité los formatos de activación de rutas de salud y archivé los comprobantes de asignación de citas o canalización efectiva.                                                                                                                   |           |        |
| 20                                                                                                                                                                                                                                 | 20. OBLIGACIÓN: 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. Actividad desarrollada: Di estricto cumplimiento a la totalidad de las directrices, responsabilidades y lineamientos técnico-operativos vigentes asignados a mi perfil en el marco del convenio extramural. 20.2. Soporte: Atendí las evaluaciones de desempeño de la supervisión e integré los datos al informe definitivo de metas institucionales alcanzadas.                                                                 |           |        |
| 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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> 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° 1082890717                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SALUD TOTAL                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/07/14    | \$ 218.900   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                       | 2026/07/14    | \$ 280.200   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SURA                                                                                                                                                                                                                                               | 2026/07/14    | \$ 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.<br>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 afiliación a eps, arl, pensión, rut)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div>ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO</div><div>PS_7369_2025_FC3362</div><div>ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO</div><div>CC: 52360561</div></div>              |               |              |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><div>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</div><div>PS_7369_2025_FC3362</div><div>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>              |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</div><div>PS_7369_2025_FC3362</div><div>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |               |              |

PAGADO 14/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                 |                    |                                 |
|---------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Razón Social        | ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO |                    |                                 |
| Documento           | CC52360561                      | Dirección          | CLL 41 BIS SUR # 13 C - 12 ESTE |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                   | Teléfono           | 3227036126                      |
| Tipo Persona        | NATURAL                         | Forma Presentación | ÚNICO                           |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                     | Departamento       | BOGOTA D.C.                     |
| Representante Legal |                                 | Identificación     |                                 |
| Total Afiliados     | 1                               | ARP                | ARL SURA                        |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                 |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |                | Cajas                |                |                | Parafiscales             |              |            |             | Total          |                |                      |             |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|---------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|----------------|----------------------|----------------|----------------|--------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres             | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | LMA | VAG       | AVP | VCT | IRP   | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Administradora | IBC Pensión          | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud                | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 52360561        | ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2,436       | \$ 1.750.905   | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 541.800 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 0                    | \$ 541.800  |



**¡Tu pago fue exitoso!**

Número de autorización: 007369

Fecha y hora: 11/07/26 - 16:26



**Simple S A Nuevo**

No. de planilla 8823745701

Valor

**\$ 541.800,00**

Costo de la transacción

Gratis

El pago se realizó desde:



**Cuenta de Ahorros**

No. 171257082



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                                          | Nombre del archivo                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7369 2025 8-5-26.pdf             | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7369 2025 8-5-26.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf                 | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBREO_ADICIONALES_ABRIL_2026.pdf    | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBREO_ADICIONALES_ABRIL_2026.pdf    |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBREO_MAYO_2026.pdf                 | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBREO_MAYO_2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026_2.pdf               | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026_2.pdf               |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf                 | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2026.pdf     | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO_2026.pdf     |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf                 | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf               | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf               |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf             | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf |
| <input type="checkbox"/> PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf             | PS 7369 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf (Archivado)     | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf     | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf     |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf               | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf               |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf   | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO_2026.pdf   |
| <input type="checkbox"/> PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf                 | PS_7369_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf                 |

Cancelar