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	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
		95914519	09/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$541.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	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

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	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
		95914519	09/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	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	Excenetado	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	Dias	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

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: (30-09-2026)					
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**			**$ 1.622.742**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR
PS_7671_2025_C13FCC

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**	**69**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 51.055.041	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.622.742
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	1. OBLIGACION: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDAD: Presté mis servicios con calidad y oportunidad en el desarrollo de la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar para Soledad Social, realizando abordaje a personas mayores asignadas según los criterios técnicos. Desarrollé identificación y valoración social, formulación del Plan de Bienestar, seguimiento y cierre, orientando las acciones al fortalecimiento de redes de apoyo, participación comunitaria, autonomía y bienestar de la persona mayor. 1.2 EVIDENCIAS: Registros de atención en GTAPS, Planes de Bienestar, Escala de Soledad Social (ESS), entrevistas sociales, planillas y soportes de seguimiento y cierre.
2	2. OBLIGACION: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 ACTVIDAD: Elaboré y presenté el cronograma mensual de actividades, organizando las sesiones de valoración, seguimiento y cierre de los casos de Soledad Social. Al finalizar el periodo consolidé el informe de las actividades desarrolladas durante agosto, incluyendo avances, articulaciones, barreras identificadas y resultados de los planes de bienestar. 2.2 EVIDENCIAS: Cronograma mensual e informe de actividades entregados en los tiempos establecidos.
3	3. OBLIGACION: VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 ACTIVIDAD: Verifiqué y entregué los soportes y productos generados en las intervenciones de Soledad Social conforme a los anexos y lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud, validando su completitud, calidad y veracidad. Presenté al técnico administrativo y/o a la instancia definida para revisión los Planes de Bienestar, ESS, registros de seguimiento, cierres y demás soportes de los usuarios abordados. 3.2 EVIDENCIAS: Formatos y soportes entregados al técnico administrativo, validación de registros de usuarios y descarga o consulta de información registrada en GTAPS.
4	4. OBLIGACION: DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 ACTIVIDAD: Mantuve disponibilidad para dar respuesta a las contingencias generadas por la Secretaría Distrital de Salud relacionadas con la operación de la estrategia y, cuando se requirió, ejecuté las acciones de seguimiento, articulación y respuesta necesarias para garantizar continuidad en la atención de las personas mayores. 4.2 EVIDENCIAS: Informe o soportes de las acciones realizadas frente a contingencias y requerimientos, cuando aplicó.
5	5. OBLIGACION: PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED Y LA SUBRED. 5.1 ACIVIDAD: Participé y/o apoyé procesos de inducción, reinducción y fortalecimiento técnico relacionados con la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar. Socialicé y apliqué orientaciones sobre criterios de inclusión y priorización, uso de la Escala de Soledad Social (ESS), construcción del Plan de Bienestar, seguimiento intermedio, cierre, articulación con Auxiliar de Cuidado y gestión de redes sectoriales, intersectoriales y comunitarias. 5.2 EVIDENCIAS: Actas, listados de asistencia y soportes de inducción, reinducción o fortalecimiento técnico.
	6. OBLIGACION: 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 MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED Y LA SUBRED. 6.1 ACTIVIDAD: Revisé, alisté y entregué con calidad los formatos, documentos, bases e informes generados durante las intervenciones de Soledad Social. Verifiqué que la ESS, entrevistas sociales, Planes de Bienestar, seguimientos, cierres, articulaciones y

6	registrosde los casos estuvieran completos, precisos y coherentes con las actividades realizadas. 6.2 EVIDENCIAS: Formatos de usuarios entregados al técnico administrativo, soportes revisados y registros asociados en GTAPS.
7	7. OBLIGACION: VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO. 7.1 ACTIVIDAD: Verifiqué durante las valoraciones y seguimientos la presencia de eventos de interés en salud pública y otras alertas sociales o de salud. Cuando correspondió, realicé la notificación o activación de la ruta requerida y dejé trazabilidad de la gestión realizada con la persona mayor, su red de apoyo y los servicios involucrados. 7.2 EVIDENCIAS: Fichas o soportes de notificación, canalizaciones, activaciones de ruta y registros de seguimiento, cuando aplicó.
8	8. OBLIGACION: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED Y LA SUBRED. 8.1 ACTIVIDAD: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y por el convenio, relacionadas con los procesos asignados y con la implementación de la estrategia de Soledad Social, incorporando las orientaciones técnicas y operativas recibidas en las intervenciones del periodo. 8.2 EVIDENCIAS: Actas, listados o firmas de asistencia a reuniones y asistencias técnicas.
9	9. OBLIGACION: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 ACTIVIDAD: Apoyé la organización del archivo de la documentación generada, garantizando el orden de ESS, Planes de Bienestar, entrevistas sociales, registros de seguimiento, cierres, articulaciones, planillas y demás soportes derivados de la atención de las personas mayores. 9.2 EVIDENCIAS: Documentación organizada y entregada conforme a la tabla de retención documental y a las indicaciones institucionales.
10	10. OBLIGACION: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 10.1 ACTIVIDAD: Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que fueron requeridas por la supervisión, incluyendo análisis de casos, articulación intersectorial, seguimiento de barreras de acceso, gestión de redes y participación en espacios técnicos relacionados con la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar. 10.2 EVIDENCIAS: Actas, registros de participación, soportes de gestión y demás productos solicitados por la supervisión.
11	11. OBLIGACION: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 11.1 ACTIVIDAD: Entregué bajo supervisión de calidad los productos sujetos de auditoría derivados de las intervenciones de Soledad Social. Verifiqué la completitud y coherencia de los registros en GTAPS y de los soportes físicos o digitales de cada caso antes de su entrega o validación. 11.2 EVIDENCIAS: Validación de registros en GTAPS, ESS, Planes de Bienestar, seguimientos, cierres y demás soportes sujetos de auditoría.
12	12. OBLIGACION: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 12.1 ACTIVIDAD: Redacté y consolidé los informes de gestión correspondientes a las actividades desarrolladas en la estrategia, incluyendo valoración de casos, formulación y seguimiento de Planes de Bienestar, articulaciones realizadas, barreras identificadas, acciones de respuesta y cierres efectuados durante el periodo. 12.2 EVIDENIAS: Informes de gestión y soportes documentales disponibles para procesos de auditoría.
13	13. OBLIGACION: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 13.1 ACTIVIDAD: Supervisé y realicé seguimiento al cumplimiento de las actividades propuestas en el marco operativo de la estrategia de Soledad Social, verificando el avance de los casos, la oportunidad de las sesiones y la articulación con el Auxiliar de Cuidado cuando correspondió. Revisé la adherencia al Plan de Bienestar, la participación comunitaria, la vinculación a redes y las novedades que podían requerir ajustes o respuestas adicionales. 13.2 EVIDENCIAS: Registros de seguimiento, matrices o reportes de casos, soportes de revisión y validación de la ejecución en GTAPS.
14	14. OBLIGACION: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDAD: Asistí a las reuniones, comités y espacios técnicos citados por la Secretaría Distrital de Salud y el convenio, participando en la revisión de la operación, seguimiento de casos y definición de acciones para fortalecer la implementación de MAS Compañía, MAS Bienestar. 14.2 EVIDENCIAS: Actas, listados y firmas de asistencia a reuniones y comités.
15	15. OBLIGACION: PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 15.1 ACTIVIDAD: Planifiqué, dirigí y/o participé en espacios de fortalecimiento técnico del talento humano operativo, abordando criterios de identificación y priorización de Soledad Social, aplicación e interpretación operativa de la ESS, formulación del Plan de Bienestar, articulación con Auxiliar de Cuidado, redes comunitarias y rutas institucionales, seguimiento intermedio y cierre. 15.2 EVIDENCIAS: Actas, presentaciones, listados de asistencia y soportes de los espacios de fortalecimiento técnico desarrollados o acompañados.
16	16. OBLIGACION: REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 16.1 ACTIVIDAD: Realicé visitas domiciliarias y acompañamientos en campo conforme a los lineamientos técnicos de Soledad Social. En la valoración inicial apliqué la Escala de Soledad Social (ESS) e integré entrevista social y valoración integral para identificar soledad emocional, relacional y colectiva, aislamiento, características de la red de apoyo, factores protectores, condiciones socioeconómicas y necesidades en salud. Verifiqué criterios de inclusión y priorización y lideré con la persona mayor, y cuando fue posible con su entorno familiar, la construcción del Plan de Bienestar con metas orientadas al fortalecimiento de redes y la calidad de vida. Gestioné recursos zonales, locales, barriales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios. Realicé la sesión intermedia entre las sesiones 2 y 3 del Auxiliar de Cuidado cuando aplicó, sin reaplicar la ESS, verificando adherencia al plan, motivación, vinculación a redes, participación comunitaria, barreras y nuevos riesgos, y ajusté el plan cuando fue necesario. En el cierre realicé valoración integral de resultados, reapliqué la ESS, analicé fortalecimiento de redes, participación comunitaria, percepción de bienestar y cambios en la interacción social, incorporé la información aportada por el Auxiliar de Cuidado y definí recomendaciones, articulaciones o remisiones para la continuidad. En casos de riesgo bajo desarrollé las tres sesiones profesionales definidas por el lineamiento. Cuando hubo acompañamiento del Auxiliar de Cuidado, mantuve seguimiento técnico, gestioné articulaciones intersectoriales y apoyé la resolución de barreras de acceso. 16.2 EVIDENCIAS: ESS inicial y de cierre, entrevista social, Plan de Bienestar, registros de las tres sesiones de Trabajo Social, seguimientos a la intervención del Auxiliar de Cuidado, soportes de articulación intersectorial y registros de cierre.

17	17. OBLIGACION: REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17.1 ACTIVIDAD: Registré con calidad y oportunidad en GTAPS y en los instrumentos definidos las actividades desarrolladas en Soledad Social. Diligencié la identificación y valoración inicial, ESS, Plan de Bienestar, seguimiento intermedio, articulaciones, barreras, acciones de gestión y cierre, garantizando trazabilidad y calidad del dato para los procesos de seguimiento y auditoría. 17.2 EVIDENCIAS: Registros completos en GTAPS, archivos planos o reportes, ESS, Planes de Bienestar y soportes de seguimiento y cierre.
18	18. OBLGACION: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 18.1 ACTIVIDAD: Entregué oportunamente la documentación requerida por la supervisión y demás instancias competentes, incluyendo los soportes técnicos y administrativos derivados de las intervenciones de Soledad Social. 18.2 EVIDENCIAS: Documentación radicada, correos o soportes de entrega y registros de recepción.
19	19. OBLIGACION: 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. 19.1 ACTIVIDAD: Cumplí las responsabilidades técnicas y operativas asignadas al perfil de Trabajo Social en la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar. Priorizé el abordaje de personas mayores de 70 años, especialmente quienes vivían solas o permanecían más de ocho horas solas, presentaban riesgo de aislamiento social o atravesaban cambios vitales significativos. Realicé identificación temprana del riesgo mediante ESS, entrevista social y valoración integral; verifiqué criterios de inclusión y priorización; formulé de manera participativa el Plan de Bienestar; gestioné recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios; realicé seguimiento intermedio centrado en adherencia, motivación, redes, participación y barreras; mantuve seguimiento técnico al Auxiliar de Cuidado cuando participó en el caso; y efectué cierre con valoración integral y reaplicación de la ESS, estableciendo recomendaciones, articulaciones o remisiones para garantizar continuidad y sostenibilidad del proceso. Procuré que el proceso no superara los tres meses y que las acciones permanecieran concertadas con la persona mayor. 19.2 EVIDENCIAS: ESS inicial y final, entrevistas sociales, Planes de Bienestar, registros de seguimiento, soportes de articulación y gestión de redes, seguimiento a Auxiliar de Cuidado, cierres y registros en 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 95063787	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 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_C13FCC* **KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR** **CC: 53097394**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7671_2025_C13FCC* **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_7671_2025_C13FCC* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

¡Hola, Viviana Brand!

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: 09/10/2026
CUS: 726684512
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