**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:** | **CAROLINA CILENA MOLANO** | | | **CC:** | **52397542** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **KROMENDEZ7917@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3009886759** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 19 B 52 49 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **0550479400015323** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3707 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.174.930** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/04/09** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*CAROLINA CILENA MOLANO*
*PS_3707_2026_4AF4D6*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CAROLINA CILENA MOLANO**
**CC: 52397542**
**CEL: 3009886759**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **CAROLINA CILENA MOLANO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.397.542** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3707 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/04/09** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 15.801.920 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **135** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 31.627.808 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.174.930 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 1. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESTE MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR, SUSCRITO ENTRE SDS Y LA SUBRED. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DILIGENCIE LAS ACTIVIDADES EN EL APLICATIVO CON REGISTROS COMPLETOS DE NOTAS DE ENFERMERIA, SIGNOS VITALES, DERIVACIONES REQUERIDAS Y FORMACION , EDUCACION REQUERIDA EN CADA CASO. |
| 2 | 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTE CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, E INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE MIS ACTIVIDADES. 2.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): COMO EVIDENCIA DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES SE ENCUENTRA LA INFORMACIÓN DE CADA CASO DEBIDAMENTE REGISTRADA EN APLICATIVO GTAPS |
| 3 | APOYÉ 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES SOLICITADOS, ACTAS DE REVISIÓN DE HALLAZGOS, FORMATOS DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES 3.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATOS INSTITUCIONALES DILIGENCIADOS CORRECTAMENTE LISTADO DE FIRMAS, ACTAS, REGISTROS EN DRIVE DIGITALES COMPLETOS Y ACTUALIZADOS |
| 4 | APOYÉ 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DADAS EN FICHAS TÉCNICAS, FORTALECI EL DESARROLLO DE ACCIONES IMPLEMENTANDO ADECUADAS PRÁCTICAS EN TOMA DE SIGNOS VITALES, VALORACIÓN, UTILICE CORRECTAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, IMPLEMENTE MEDIDAS PREVENTIVAS, BRINDE EDUCACIÓN A LOS USUARIOS PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO Y GARANTICE EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LA INFORMACIÓN 4.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REGISTROS DE LA INFORMACIÓN COMPLETOS Y CON CALIDAD, APLICACIÓN DE TAMIZAJES REQUERIDOS DE ACUERDO A RANGO DE EDAD Y RIESGO |
| 5 | 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. DESARROLLE LECTURA Y APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO, ESPECIALMENTE LOS RELACIONADOS CON LA RESOLUCIÓN 3280/2018, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, CRITERIOS DE RIESGO Y COMPONENTES DEL PERFIL DE ENFERMERÍA. 5.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ACTIVIDADES EN CAMPO, APLICANDO LOS CONCEPTOS TÉCNICOS EN EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES EN CURSO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. |
| | DESARROLLE 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTI A REUNIONES CONVOCADAS |

| | |
|---|---|
| 6 | DE ASISTENCIA TÉCNICA Y PARTICIPE EN LOS TEMAS RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DENTRO DEL MARCO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR 6.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA QUE DAN CUENTA DE LA PARTICIPACIÓN A LAS REUNIONES |
| 7 | REALICE 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ENTREGUE FORMATOS DE ACTIVIDADES DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS, FIRMADOS CON REVISIÓN DE RESPECTIVA CALIDAD Y ARCHIVADOS CON ENTREGA OPORTUNA ACORDE A SOLICITUD DEL LÍDER DEL PROCESO, BASES DE DATOS Y APLICATIVOS DILIGENCIADOS CON CALIDAD 7.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ENTREGUE FORMATOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS, BASES Y APLICATIVO SOLICITADOS DILIGENCIADOS ACORDE A CASOS NOTIFICADOS Y EVENTOS PRIORIZADOS |
| 8 | PARTICIPE Y GESTIONE LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GESTIONE LOS ACERCAMIENTOS REQUERIDOS CON LA COMUNIDAD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LOS CASOS NOTIFICADOS 8.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CUMPLI CON LAS CITAS AGENDADAS PARA INTERVENCIÓN, DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO CON RESPECTIVAS NOTAS DE ENFERMERÍA QUE DAN CUENTA DEL PROCESO DESARROLLADO |
| 9 | ACTIVE Y NOTIFIQUE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ VERIFICACIÓN DE RIESGO EN CADA CASO SIGUIENDO CRITERIOS ESTABLECIDOS, SIN EMBARGO, NO SE IDENTIFICARON CASOS PARA NOTIFICACIÓN; POR LO TANTO, NO SE GENERARON FICHAS. 9.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICE VALORACIONES COMPLETAS SIN CRITERIOS DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA. INTERVENCIONES SIN ACTIVACIÓN DE RUTAS |
| 10 | 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS PROGRAMADAS, ACTUALIZANDO CONOCIMIENTOS Y RECIBIENDO ORIENTACIÓN OPERATIVA 10.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DILIGENCIE REGISTRO INTERNO DE PARTICIPACIÓN (LISTAS DE ASISTENCIA O REPORTES DEL EQUIPO) |
| 11 | VELAR POR LA CORRECTA GESTIÓN DE ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL REFERENTE A SU PERFIL. 11.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LA GESTIÓN DOCUMENTAL CORRESPONDIENTE A LA INFORMACIÓN GENERADA DURANTE MIS ACTIVIDADES, ASEGURANDO SU CORRECTA CLASIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y RESGUARDO SEGÚN LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 11.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ELABORE DOCUMENTOS ORGANIZADOS SEGÚN TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. REGISTROS SIN PÉRDIDA NI INCONSISTENCIAS, FORMATOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS SIN TACHONES NI ENMENDADURAS TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIONES DE CALIDAD Y COMPLETITUD DEL DATO |
| 12 | REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CUMPLÍ CON TODAS LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y ATENDÍ LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN, DANDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS MISMAS 12.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ENVIÓ DE RESPUESTAS DE CORREOS ELECTRÓNICOS, CASOS CON CIERRES Y SOLICITUDES REALIZADAS DESDE COHORTES Y LÍDER DEL PROCESO ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN ACORDES CON LO SOLICITADO. NOTAS DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTAN EL CUMPLIMIENTO |
| 13 | CUMPLI CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280-2018 PROPUESTAS DESDE EL PERFIL DE MEDICINA DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DE CONSULTA AVALADAS Y AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB, DILIGENCIANDO CORRECTAMENTE LOS CÓDIGOS CIE-10 SEGÚN IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. DEBE CUMPLIR CON 1. ANAMNESIS, 2. REVISIÓN DE SISTEMAS, 3. ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN DE RIESGOS, 4. EXAMEN FÍSICO (ESCALAS, TAMIZAJES E INSTRUMENTOS SEGÚN CONSULTA Y RESOLUCIÓN 3280-2018), 5. ANÁLISIS Y HALLAZGOS, 6. DIAGNÓSTICO, 7. PLAN DE TRATAMIENTO O MANEJO. 13.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ ATENCIONES CON TODOS LOS COMPONENTES DE LA RESOLUCIÓN 3280: REALICE ANAMNESIS COMPLETA, REVISIÓN POR SISTEMAS, ANTECEDENTES, EVALUACIÓN DE RIESGOS, EXAMEN FÍSICO, TAMIZAJES, ANÁLISIS CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO SEGÚN PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. 13.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DILIGENCIE REGISTROS COMPLETOS DE CONSULTA CON TODOS LOS COMPONENTES OBLIGATORIOS. CODIFICACIÓN CIE-10 CORRECTA SEGÚN IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA. TAMIZAJES APLICADOS (RIESGO CARDIOVASCULAR, FUNCIONALIDAD, ETC.) |
| 14 | DILIGENCIE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES, TOMA DE SIGNOS VITALES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REGISTRÉ TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EN APLICATIVO GTAPS SIGUIENDO INDICACIONES PARA EVITAR GENERACIÓN INADECUADA DEL DATO, GARANTIZANDO CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LA INFORMACIÓN. 14.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REGISTRE EN APLICATIVO GTAPS. DATOS COMPLETOS Y CON LA CALIDAD REQUERIDA |
| | DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 15.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LA |

| | |
|---|---|
| 15 | VERIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ATENDIDOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EXTRAMURALES CON EL FIN DE IDENTIFICAR RIESGOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC. SIN EMBARGO, DURANTE EL MES CURSO NO SE PRESENTARON CASOS QUE CUMPLIERAN CRITERIOS 15.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DILIGENCIE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN (NOTA DE ENFERMERÍA) DE CADA CASO EN APLICATIVO GTAPS |
| 16 | DILIGENCIE Y ENVIE CUANDO FUE REQUERIDO LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA), SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR. 16.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: EVALUÉ LA NECESIDAD DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DURANTE CADA SEGUIMIENTO REALIZADO; SIN EMBARGO, NO IDENTIFIQUÉ EVENTOS QUE AMERITARAN REPORTE EN LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA. POR LO TANTO, NO DILIGENCIE NI ENVIE FICHAS DE NOTIFICACION DURANTE EL PRESENTE MES. 16.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE EVENTOS SUJETOS DE NOTIFICACIÓN, EVIDENCIANDO QUE DURANTE EL PRESENTE MES EVALUADO NO SE PRESENTARON CASOS QUE REQUIRIERAN REPORTE A LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA. |
| 17 | CUMPLI, 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. 17.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CUMPLÍ SEGÚN MI PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR 17.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ELABORE NOTAS CLÍNICAS COMPLETAS. REGISTROS EN APLICATIVOS. INTERVENCIONES DOCUMENTADAS SEGÚN PERFIL PROFESIONAL |
| 18 | APROPIE LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APLIQUÉ Y PROMOVÍ MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE A VIOLENCIA, DISCRIMINACIÓN Y HOSTIGAMIENTO, ORIENTANDO A USUARIOS SOBRE RUTAS DE ATENCIÓN. 18.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REGISTRE EN NOTAS DE ENFERMERÍA LA EDUCACIÓN BRINDADA. |
| 19 | CUMPLI, 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DI CUMPLIMIENTO INTEGRAL A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS CONFORME A MI PERFIL. 19.2. PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REGISTROS COMPLETOS, SOPORTES E INTERVENCIONES DOCUMENTADAS. |

**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° 9509941774 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/09/10 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/09/10 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/09/10 | $ 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.<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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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<br>(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** | *CAROLINA CILENA MOLANO*<br>*PS_3707_2026_4AF4D6*<br>**CAROLINA CILENA MOLANO**<br>**CC: 52397542** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*<br>*PS_3707_2026_4AF4D6*<br>**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_3707_2026_4AF4D6*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52397542 | | MOLANO CAROLINA CILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 19B N° 52-49 Sur Apt 301 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-09 | 2026-09 | 730530278 | 9511610156 | I | 2026/10/09 | 2026/10/13 | BANCO DAVIVIENDA | 4 | $543,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52397542 | MOLANO CAROLINA | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS005 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $42,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $900 | $0 | $281,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $900 | $0 | $281,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $200 | $0 | $42,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $200 | $0 | $42,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $700 | $0 | $219,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $218,900 | $700 | $0 | $219,600 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$541,800** | **$1,800** | **$0** | **$543,600** |

## ¡Hola, Carolina Cilena Molano !

Estado de la Transacción: **Aprobada**

### Los siguientes son los datos de tu transacción:



**Valor:** $ 543.600,00

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9511610156

**Fecha de la transacción:** 10/10/2026

**CUS:** 730530278

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.

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

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Si No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | |
|---|---|---|---|---|
| | COMUNICACION SUPERVISOR PS 3707 2026 8-5-26.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 3707 2026 8-5-26.pdf | Comprador | Desc |
| | PS_3707_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf (Archivado) | PS_3707_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf | Proveedor | Desc |
| ☐ | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf | Proveedor | Desc |
| ☐ | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf | Proveedor | Desc |
| | 1 PS 3707 2026 CRP -13816.PDF | 1 PS 3707 2026 CRP -13816.PDF | Comprador | Desc |
| ☐ | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf | Proveedor | Desc |
| ☐ | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf | Proveedor | Desc |
| ☐ | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf | PS_3707_2026_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf | Proveedor | Desc |

Eliminar seleccionados

Cancelar

< Evaluación