

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN 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			
JENNIFER STEFANIA ROMERO TIBACUY			
CON CC: N°		1,026,294,403	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5477 2025	FECHA INICIO CONTRATO	15/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6,465,821	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18,869,611	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4,127,120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES 15 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de socialización de meta del mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación		
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del mes de SEPTIEMBRE 2025 con actualización periodica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y fisico en custodia de la coordinación		
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión de 100 estudiantes por base nominal de antecedente vacunal verificados con esquema de vacunación y acompañamiento a 20 jornadas de vacunación en terminales terrestres o aéreo por solicitud de la SDS correspondientes al mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base nominal, la cual se encuentran en la carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno, actas de seguimiento a auxiliares de enfermería y ejecución de jornadas de vacunación		
4	1. 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo programada para el mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación		
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo y revisión de 100 estudiantes por base nominal de antecedente vacunal, verificados con esquema de vacunación, revisión de base a 2 auxiliares de enfermería, participación a 20 jornadas de vacunación según las actividades solicitadas mediante por SDS propias del lineamiento para el perfil de enfermería y según la calidad y oportunidad esperada para el mismo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base nominal, la cual se encuentran en la carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno, actas de seguimiento a auxiliares de enfermería y acompañamiento a jornadas de vacunación en terminales		
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realiza esta actividad en el mes de SEPTIEMBRE 2025 según programación de actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ejecutaron actas de apropiación conceptual		
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de SEPTIEMBRE se realizan los respectivos informes y solicitudes propias a los lineamientos de SDS y a los compromisos adquiridos con los mismos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno		
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de SEPTIEMBRE 2025 no se evidencian eventos de interés de salud pública para notificación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se evidencian eventos de interés de salud pública de notificación		
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de organización y archivo FUID		
10	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSeE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de SEPTIEMBRE 2025 se realiza el proceso de 5 canalizaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones		

11	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hasta el mes de SEPTIEMBRE 2025 no se han obtenido glosas para el producto o proceso ejecutado, cumpliendo con oportunidad y calidad con los productos solicitados en lineamiento bajo el convenio interadministrativo PSPIC y FFDS_SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ha obtenido ninguna glosa del proceso
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/09/2025 al 30/09/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89109610	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	11/09/2025	\$ 206,400
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/09/2025	\$ 40,300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 510,900

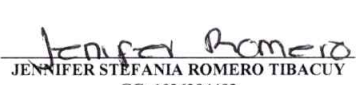
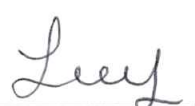
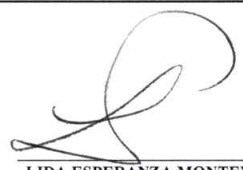
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

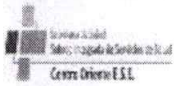
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JENNIFER STEFANIA ROMERO TIBACUY CC: 1026294403
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO

	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: 30/09/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIFER STEFANIA ROMERO TIBACUY	CC: 1,026,294,403
CORREO ELECTRÓNICO:	jennifer.romerotibacuy03@gmail.com	TELÉFONO: 3197635291
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 1D 26	CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento		
NO tomaré costos y deducciones		(X)
SI tomaré costos y deducciones		()
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.		
Régimen Simple De Tributación: RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.		SI () NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS Nº CUENTA: 24106354740
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO		
Nº DEL CONTRATO:	PS 5477 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO \$ 4,127,120
FECHA DE INICIO CONTRATO	15/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025	
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFER STEFANIA ROMERO TIBACUY CC: 1,026,294,403 CEL: 3197635291		

DATOS DEL APORTANTE					CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCADO Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO		
CC	1026294403	JENNIFER STEFANIA ROMERO TIBACUY	KR 1 D 26	2807484	jromero1romerotiacy03@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Indeciso/diámetro			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD		TOTAL A PAGAR
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMP/PLA	UIC	
2025-08	PERIODO SALUD	2025-08	1	11/09/2025	89108610	1	0
							\$513,900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Contratación 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					
EP0337	Nueva EPS	900152264-2	206-400	0		0		0	9	1.200	0	207.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23-031	Ponover	690224608-8	264.200	0	0	0	0	9	1.500	0	265.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Ratificado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-7	Seguros Bolívar S.A.	86000503-2	40.300			40.300	9	300	40.900			403	40.900	1

TOTALES CAJAS[illegible]

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mera Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	9	0	0	0	
ICBF					
0	9	0	0	0	
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, UMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206.400	207.600
Pension	1	264.200	265.760
Riesgos Laborales	1	40.300	40.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTAL ES	3	510.900	513.960

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSA)
CC	102324403	JENNIFER STEFANIA ROMERO TIBACUY	RK 1 10 26	2807464	jenniferromerobacuy03@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	CUIDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	TIPO PLANILLA
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.	NO	
				FECHA PAGO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DIAMENSA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
				2025-08	2025-08	89109610	EMPLERADOS
				PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR	UPC
				2025-08	2025-08	\$513.900	0

DETALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										INFORMACIÓN COTIZANTE										PARAFISCALES									
No.	CC	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Estado	Salud	Pensión	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud
1	CC	102324403	ROMERO TIBACUY JENNIFER STEFANIA	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo	Activo

PAGADA



¡Hola, jennifer stefania romero tibacuy !

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 513.900

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/09/2025

CUS: 1768469167

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta 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 Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial