

 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			
ANGELICA PEÑUELA RODRIGUEZ			
		CON CC: N°	52,177,510
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 4290 2025	FECHA INICIO CONTRATO	22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21,456,663	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34,553,503	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4,127,120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 8 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - COMUNITARIO 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	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SPAcios de bienestar, grupo poblacional (SRPA) Sistema de responsabilidad penal para adolescentes, desde el perfil de Terapia Ocupacional desarrollando las siguientes actividades durante el mes de septiembre: - Concertaciones con diferentes actores, enfocado en las ofertas interinstitucionales para los usuarios de SRPA. - Valoración del riesgo por medio del MOHO y establecimiento de plan de bienestar a 20 participantes. - Implementación del plan de bienestar con los 20 participantes abordados. - Se desarrollan 4 sesiones colectivas por cada uno de los grupos. - Cierres del proceso de los 20 participantes abordados en el proceso según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de concertaciones, fichas de identificación de espacios de bienestar con herramienta del MOHO diligenciadas, plan de bienestar para cada uno de los usuarios, listado de cierre y asistencia a las sesiones colectivas, canalizaciones y monitoreo a los usuarios del sistema de responsabilidad penal.</p>		
2	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron las valoraciones del riesgo por medio del instrumento del MOHO, se implementaron los planes de bienestar, se realizaron 4 sesiones colectivas por grupo aperturado, las sesiones de cierre al grupo y asistencia a 4 jornadas de espacios de bienestar y monitoreo.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ficha de identificación de espacios de bienestar, MOHO, planes de bienestar, fichas técnicas, actas de desarrollo, listados de sesiones colectivas y actas de cierre.</p>		
3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar fichas de identificación de SPAcios de bienestar con herramientas como el MOHO con el plan de bienestar de cada uno de los usuarios abordados, actas de concertaciones, listado de firmas, ficha técnica, actas de desarrollo con fotos y listado de asistencia según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ficha de identificación de espacios de bienestar, MOHO, planes de bienestar, actas de concertación, fichas técnicas, acta de cierre, listado de sesiones colectivas e informe mensual.</p>		
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento acorde a lo programado en el plan de acción y desarrollo de las actividades establecidas en el programa (SRPA) Sistema de responsabilidad penal para adolescentes: - 5 concertaciones - 20 valoraciones del riesgo - 4 sesiones colectivas - 20 cierres - Reporte de canalizaciones, vespas y sísvacos según la necesidad de la población abordada.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realizar fichas de identificación de SPAcios de bienestar con herramienta del MOHO, con el plan de bienestar de cada uno de los usuarios abordados, actas de concertaciones, listado de firmas, ficha técnica, actas de desarrollo con fotos, listado de asistencia y desarrollo de las sesiones de los grupos según anexos operativos dados por la SDS.</p>		
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil de Terapia Ocupacional con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar fichas de identificación de SPAcios de bienestar con herramienta del MOHO, con el plan de bienestar de cada uno de los usuarios abordados, actas de concertaciones, listado de firmas, ficha técnica, actas de desarrollo con fotos, listado de asistencia y desarrollo de las sesiones de los grupos según anexos operativos dados por la SDS.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se recibió direccionamiento técnico por parte del profesional de apoyo 01/09/2025</p>		
6	<p>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 vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de las matrices, actas y listados de sesiones colectivas de las acciones desarrolladas durante el mes.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Matrices, actas, fichas técnicas, implementación de los planes de bienestar, listados de las sesiones colectivas y monitoreo.</p>		
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: PAI, Educación para la Salud Pública, GESI y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del formato de canalizaciones para los procesos transversales del PSPIC y notificar según necesidades identificadas en la población abordada.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realizar canalizaciones y notificaciones enviadas mediante correo electrónico.</p>		
8	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se garantizó la adecuación de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPAcios de bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. Además me cercioré que la información consignada en actas y en formatos quedó registrada completa y con calidad.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de soportes y Actas de manera oportuna y con calidad.</p>		
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar las sesiones de los grupos del sistema de responsabilidad penal para adolescentes, así como la participación de las actividades según necesidad.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y soportes.</p>		
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar alistamiento acorde a la norma archivística institucional de los soportes del mes.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y soportes.</p>		

11	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar canalizaciones y/o notificaciones según necesidades identificadas en la población abordada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Canalizaciones y notificaciones enviadas mediante correo electrónico.
12	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta el cronograma del mes de de septiembre SRPA, para la implementación del producto 47 SPACios de bienestar realizando los ajustes de acuerdo a las dinámicas de la población abordada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo en excel con actividades en cronograma del mes de septiembre.

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 **clausula "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:	88985832	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/09/2025	\$ 206,400
PENSIÓN:	PORVENIR	12/09/2025	\$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/09/2025	\$ 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ANGÉLICA PÉÑUELA RODRIGUEZ CC: 52177510
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA IRENÉ SEGURA VERA 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:	ANGELICA PEÑUELA RODRIGUEZ	CC:	52,177,510
CORREO ELECTRÓNICO:	angeli74@gmail.com	TELÉFONO:	3143003978
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 93 D 71 49 SUR CA 118	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04568802077
---------------------------------	-------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4290 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4,127,120
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Angélica Peñuela

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELICA PEÑUELA RODRIGUEZ
CC: 52,177,510
CEL: 3143003978

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52177510	ANGELICA PEÑUELA RODRIGUEZ		CRA 93D 71 49 SUR CS 118	7855739	ANGELIPE74@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	88985832	\$513.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	264.200	0	0	0	0	9	1.500	0	265.700	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	40.300				40.300	9	300	40.600			403	40.600	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	206.400	207.600
Pensión	1	264.200	265.700
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
TOTALES	3	510.900	513.900



¡Hola, angelica peñuela rodriguez!

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:

12/09/2025

CUS: 1770978770

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 Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial