

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LAURA VALENTINA PEÑA ROMAÑA		<b>CC:</b>	1033690790
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	lauravaletinaprom@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3203220914
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 26A 2B 08		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 001000150928

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7396 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.358.000
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/07	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/07/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



LAURA VALENTINA PEÑA ROMAÑA  
PS\_7396\_2025\_EB7747

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**  
**LAURA VALENTINA PEÑA ROMAÑA**  
**CC: 1033690790**  
**CEL: 3203220914**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**LAURA VALENTINA PEÑA ROMAÑA**

**CON C.C N°**

**1.033.690.790**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO GESTOR ETNICO 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
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7396 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/07</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.008.667	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>180</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 26.112.667	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.358.000
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ANA MARGARET RABA SIERRA
-------------------------------	--------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

- |    |  |
|----|--|
| 1  | 1. 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: Presté servicios comunitarios mediante visitas domiciliarias, acompañamiento a familias y desarrollo de acciones en territorio con enfoque diferencial étnico y medicina ancestral. 1.2 Evidencia: Listados de asistencia, registros de visitas, formatos diligenciados y reporte mensual de actividades abril. |
| 2  | 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. 1.1 Actividad: Elaboré y ejecuté cronograma mensual de actividades comunitarias y entregué informe correspondiente. 1.2 Evidencia: Cronograma firmado y reporte mensual de abril.  |
| 3  | 3. 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. 1.1 Actividad: Apoyé jornadas comunitarias y entregué soportes según lineamientos técnicos. 1.2 Evidencia: Formatos diligenciados, bases de datos y registros.   |
| 4  | 4. 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 EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR. 1.1 Actividad: Participé en acciones de mejora en atención comunitaria. 1.2 Evidencia: Informes y seguimiento de actividades.   |
| 5  | 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. 1.1 Actividad: Estudié lineamientos técnicos del convenio. 1.2 Evidencia: Actas y soportes de capacitación.   |
| 6  | 6. 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. 1.1 Actividad: Brindé orientación comunitaria en salud y medicina ancestral. 1.2 Evidencia: Registros de asistencia técnica.   |
| 7  | 7. 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. 1.1 Actividad: Organicé y entregué documentación de actividades. 1.2 Evidencia: Carpeta documental completa.  |
| 8  | 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 1.1 Actividad: Realicé articulación con líderes y comunidad. 1.2 Evidencia: Actas de reunión.   |
| 9  | 9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 1.1 Actividad: Identifiqué riesgos en salud en territorio. 1.2 Evidencia: Reportes realizados.  |
| 10 | 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. 1.1 Actividad: Asistí a capacitaciones programadas. 1.2 Evidencia: Listados de asistencia.   |

11	11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 1.1 Actividad: Organicé archivo físico y digital. 1.2 Evidencia: Carpetas organizadas.
12	12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 1.1 Actividad: Cumplí actividades asignadas adicionales. 1.2 Evidencia: Informes.
13	13. DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD. 1.1 Actividad: Realicé educación comunitaria con enfoque ancestral. 1.2 Evidencia: Registros fotográficos y listados.
14	14. GESTIONAR CASOS SOCIALES O EN SALUD. 1.1 Actividad: Gestioné casos priorizados. 1.2 Evidencia: Seguimiento de casos.
15	15. IDENTIFICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES). 1.1 Actividad: Identifiqué familias vulnerables. 1.2 Evidencia: Base de datos.
16	16. FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACIÓN CON LOS ACTORES ESTRATÉGICOS (SECTORES-COMUNIDAD Y LÍDERES). 1.1 Actividad: Fortalecí comunicación con líderes. 1.2 Evidencia: Actas.
17	17. APOYO A PERFILES ANCESTRALES. 1.1 Actividad: Acompañé sabedores ancestrales. 1.2 Evidencia: Registros.
18	18. ARTICULACIÓN CON LÍDERES LOCALES PARA IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS FAMILIAS. 1.1 Actividad: Articulé con líderes comunitarios. 1.2 Evidencia: Listados.
19	18. ADQUIRIR UN AMPLIO CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD LOCAL, DE LAS EXPRESIONES CULTURALES, NECESIDADES SOCIALES Y PROYECTOS PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, ADICIONAL A ELLO FACILITA EL PRIMER CONTACTO CON LA COMUNIDAD EN SUS DIFERENTES ESPACIOS, POR LO CUAL SE REITERA LA NECESIDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE POR PARTE DEL MISMO A LOS EQUIPOS DURANTE LAS ACCIONES DE TIPO FAMILIAR, COMUNITARIO Y ACCIONES CON ENFOQUE EN MEDICINA ANCESTRAL, CON EL FIN DE IDENTIFICAR NECESIDADES DE GESTIÓN Y DISMINUCIÓN DE BARRERAS DE ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD, ADICIONAL A ELLO DEBERÁ: DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD GESTIONAR CASOS SOCIALES O EN SALUD. 1.1 Actividad: Realicé acompañamiento comunitario integral con enfoque ancestral. 1.2 Evidencia: Informes y registros.
20	20. IDENTIFICAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES). 1.1 Actividad: Seguimiento a familias. 1.2 Evidencia: Registros.
21	21. REALIZAR FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACIÓN CON LOS ACTORES ESTRATÉGICOS (SECTORES-COMUNIDAD Y LÍDERES) 1.1 Actividad: Fortalecí redes comunitarias. 1.2 Evidencia: Actas.
22	22. APOYAR A PERFILES ANCESTRALES. 1.1 Actividad: Apoyé procesos ancestrales. 1.2 Evidencia: Registros.
23	23. ARTICULACIÓN CON LÍDERES LOCALES PARA IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS FAMILIAS. 1.1 Actividad: Coordiné con líderes. 1.2 Evidencia: Listados.
24	24. 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. 1.1 Actividad: Cumplí lineamientos del convenio. 1.2 Evidencia: Informe mensual abril.

### 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1080425939	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/12	\$ 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 ibr 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**



*LAURA VALENTINA PEÑA ROMAÑA*

*PS\_7396\_2025\_EB7747*

**LAURA VALENTINA PEÑA ROMAÑA**

**CC: 1033690790**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*

*PS\_7396\_2025\_EB7747*

**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*ANA MARGARET RABA SIERRA*

*PS\_7396\_2025\_EB7747*

**ANA MARGARET RABA SIERRA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-13, 04:36:49 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081216639

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823764859

## PAGADO 12/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA VALENTINA PEÑA ROMANA		
Documento	CC1033690790	Dirección	CR 26A #2 B - 08
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3023220914
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

### 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	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGI	UM	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	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 1033690790	LAURA VALENTINA PEÑA ROMANA	59	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR 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



¡Hola, PEÑA ROMAÑA LAURA VALENTINA!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 541.800

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823764859-202604-1771280.  
idTrans:1771280






Fecha de la transacción: 12/05/2026

CUS: 303866438

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>

VERIFICADO  
POR  
ACH



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia\_



ACH Colombia Oficial



Para mayor información comunícate con nosotros: